Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 18. 5. Mai 1896 | Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. | 43. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologischen Institut in Heidelberg.

Zur Biologie der rothen Blutkörper.

Von Prof. *J. Arnold.*

In einem Gemenge [1]) frisch gelassenen Blutes mit 10 proc. Jodkalilösung zeigt eine grosse Zahl der rothen Blutkörper die bekannten Maulbeer- und Stechapfelformen, andere sind mit ganz feinen cilienartigen Fortsätzen ausgestattet. Manche rothe Blutkörper weisen nur einzelne theils feinere theils dickere Ausläufer auf, welche bald mehr bald weniger durch Hämoglobin tingirt und homogen erscheinen, während die feineren farblos sind und eine mehr feinkörnige Beschaffenheit darbieten. Diese ist besonders deutlich, wenn die Fortsätze zu feinen Fäden sich ausziehen, an deren Enden grössere und kleinere körnige Gebilde hängen.

An den rothen Blutkörpern selbst nimmt man zitternde und tanzende, zuweilen rotirende Bewegungen wahr; wegen derselben ist es unmöglich, zu entscheiden, ob die Bewegungen der cilienartigen Fortsätze mitgetheilte oder selbständige sind. Dagegen zeigen die dickeren und die fadenförmigen Ausläufer oft sehr lebhafte geisselartige Formveränderungen. Die Fäden verkürzen sich und werden wieder länger, so dass die an ihnen hängenden körperlichen Gebilde dem rothen Blutkörperchen, an welchem sie haften, bald genähert werden, bald von ihm sich entfernen. Diese selbst, mögen sie noch an den rothen Blutkörperchen fixirt oder von ihnen abgeschnürt sein, führen gleichfalls zitternde, tanzende und bohrende Bewegungen, sowie ausgiebigere Ortsveränderungen aus. Die frei sich bewegenden Gebilde zeigen innerhalb gewisser Grenzen einen Wechsel bezüglich ihrer Grösse, Gestalt, Farbe und Structur. Die einen sind grösser, homogen und mehr oder weniger durch Hämoglobin tingirt, die kleineren farblos und gekörnt; ja manche scheinen nur aus einem glänzenden Korn zu bestehen, das eine sehr verschiedene Lage zum rothen Blutkörperchen darbietet, indem es bald die helle Mitte oder eine mehr periphere Stelle einnimmt, bald über dessen Rand vortritt.

Beobachtet man ein solches Object längere Zeit, so kann man an den rothen Blutkörpern alle Phasen des Aussendens von Fortsätzen und der Abschnürung dieser unmittelbar wahrnehmen. Waren die abgeschnürten Gebilde grösser, so erfolgt, so lange sie noch durch Fäden mit den rothen Blutkörpern zusammenhängen oder nach ihrer Trennung von diesen, eine weitere Zerklüftung, indem gleichzeitig das Hämoglobin, wenn solches noch vorhanden war, verschwindet und ihre Substanz mehr körnig wird. Die abgeschnürten Gebilde führen zunächst lebhafte zitternde, tanzende, bohrende und geisselartige Bewegungen aus; später sintern sie zusammen und bilden aus feinkörniger Substanz bestehende Klumpen und Kugeln. Die in die Gebilde eingeschlossenen glänzenden Körner werden bei ihrem Zerfall frei oder in die Körnerhaufen mit eingeschlossen.

Ausser der Abschnürung einzelner Fortsätze kommt aber auch ein Zerfall der rothen Blutkörper gleichzeitig in mehrere plättchenförmige Gebilde vor. Es sind insbesondere die maulbeerförmigen Blutkörperchen, welche dieser Umwandlung unterliegen. Die buckelförmigen Erhebungen werden dunkler, die zwischen ihnen gelegenen Partien heller und körnig; schliesslich zerfallen die rothen Blutkörperchen in ebensoviele Theile, als kugelige Auftreibungen vorhanden waren. Nach erfolgter Trennung verlieren diese ihre homogene Beschaffenheit und ihr Hämoglobin, sie werden blass und körnig und gleichen ganz den anderen abgeschnürten Gebilden. Bei manchen rothen Blutkörpern nimmt man zuerst eine Trennung in zwei Abschnitte wahr, welche dann dieselben Metamorphosen durchmachen. Es haben diese interessanten Vorkommnisse in einer demnächst erscheinenden Arbeit eine ausführliche Darstellung erfahren, so dass ich mich mit den obigen Andeutungen begnügen darf.

Dass derartige Abschnürungsprocesse und Zerfallserscheinungen an den rothen Blutkörpern auch unter anderen Verhältnissen, z. B. in anderen Salzlösungen und unter pathologischen Bedingungen sich abspielen, geht aus zahlreichen Beobachtungen hervor. Es schien mir aber bedeutungsvoll, die lebenden und überlebenden extra- und intravasculär gelegenen rothen Blutkörper daraufhin zu prüfen. Als das geeignetste Object kann ich das Mesenterium junger weisser Mäuse empfehlen; das Mesenterium ausgewachsener Thiere ist wegen seines Reichthums an Fettgewebe nicht zu gebrauchen. Nachdem man die Thiere mit Morphium-Aether narkotisirt hat, wird die Bauchhöhle auf der rechten Seite eröffnet und eine Darmschlinge vorgelagert. Ich bediente mich zu diesen Versuchen der von Thoma beschriebenen mit Irrigationsvorrichtung versehenen Objectenträger. Das Mesenterium wird mit warmer Kochsalzlösung (0,6 Proc.) abgespült und dann mit einem Deckglas so bedeckt, dass die Mündung der Irrigationscanüle die untere Fläche des letzteren berührt. Der Irrigationsstrom darf nur ganz schwach sein; ja es ist zweckmässig, denselben zeitweise zu unterbrechen. An einem solchen Object kann die Circulation durchschnittlich vier Stunden lang beobachtet werden; allerdings bleiben die verschiedenartigsten Störungen nicht aus. Dessenungeachtet ist das beschriebene Verfahren zu empfehlen, weil die Abschnürungsvorgänge unter solchen Verhältnissen deutlicher wahrzunehmen sind und häufiger werden, überdies nach erfolgtem Stillstand des Kreislaufes noch fortdauern.

Am leichtesten sind diese an extravasculär gelegenen rothen Blutkörpern, wie sie nach derartigen Eingriffen nie fehlen, zu sehen. Auch hier findet man stechapfel- und maulbeerförmige, sowie mit feinen cilienartigen oder vereinzelten dickeren Fortsätzen versehene Blutkörper, welche zitternde, tanzende und rotirende

[1]) Das Verfahren bei der Herstellung solcher Präparate ist ein sehr einfaches. Aus einem angeschnittenen Blutgefäss lässt man Blut in ein kleines Reagensglas, welches zur Hälfte mit 10 proc. Jodkalilösung gefüllt ist, unter schüttelnden Bewegungen des letzteren einträufeln. Ich habe gewöhnlich ein Volumenverhältniss von 1 Blut zu 10 Jodkalilösung gewählt Ein Tropfen dieses Gemisches wird in eine mit Vaselin verschlossene Glaskammer eingedeckt. Sowohl das Jodkaliblutgemenge, als auch die einzelnen Präparate halten sich viele Tage.

Bewegungen machen, während die längeren Fortsätze zuweilen geisselartige Formveränderungen erfahren.

An den sich abschnürenden und an den abgeschnürten Gebilden ist derselbe Wechsel der Gestalt und des Ortes, wie an den Jodkalipräparaten nachweisbar. Irgendwelche bemerkenswerthe Differenzen in dem Vollzug dieser Vorgänge und bezüglich des weiteren Geschickes der abgeschnürten Gebilde konnte ich nicht feststellen.

Ein sehr geeignetes Beobachtungsfeld geben die mit rothen Blutkörpern gefüllten Lymphgefässe ab, weil die Bewegung der Blutkörper, wenn eine solche überhaupt vorhanden ist, sehr langsam zu sein pflegt und häufig sistirt. In den Blutgefässen ist am Anfang die Circulation so rasch, dass man die einzelnen corpusculären Gebilde kaum zu unterscheiden vermag. Erst wenn eine Verlangsamung des Blutstromes und andere Unregelmässigkeiten desselben z. B. Oscillationen und stellenweise Stockungen eintreten, ist man im Stande die rothen Blutkörperchen und Blutplättchen so deutlich zu sehen, dass man derartige Veränderungen an ihnen festzustellen vermag. Bei allen Versuchen fiel mir auf, dass die Zahl der Blutplättchen mit der Dauer des Versuches und nach erfolgtem Stillstand der Circulation innerhalb der Gefässe zunimmt. Während im Anfang der Versuche in den Gefässen, auch wenn der Strom verlangsamt war und die einzelnen corpusculären Gebilde ganz deutlich sich erkennen liessen, nur ganz vereinzelte Blutplättchen sich fanden, wurden sie mit der Zeit immer zahlreicher, ja zuweilen so massenhaft, dass sie die rothen Blutkörperchen verdeckten. Besonders bemerkenswerth dünkt mir die Thatsache, dass Blutplättchen in Gefässen auftreten und an Zahl zunehmen, in welchen der Blutstrom stockt. Wiederholt habe ich beobachtet, dass in Blutgefässen mit ruhender Blutsäule, wenn diese stellenweise unterbrochen war, gerade in diesen nach allen Richtungen durch rothe Blutkörper abgeschlossenen Zwischenräumen Blutplättchen zum Vorschein kamen. Liegen die rothen Blutkörper innerhalb der Gefässe mehr isolirt, wie dies ja bei derartigen Kreislaufsstörungen häufig genug vorkommt, so kann man an ihnen dieselben Veränderungen der Form, das Aussenden von Fortsätzen und die Abschnürung dieser wahrnehmen, wie an den ausserhalb der Gefässe befindlichen.

Einigemale habe ich rothe Blutkörperchen gesehen, welche Blutplättchen an Fäden hinter sich herschleppten. Selbstverständlich darf auf eine Zusammengehörigkeit beider nur geschlossen werden, wenn man den Vorgang der Abschnürung in seinen einzelnen Phasen verfolgt hat, was unter günstigen Bedingungen ohne zu grosse Schwierigkeit ausführbar ist. Die Blutplättchen zeigen auch innerhalb der Gefässe, wenn die Circulation still steht oder die Strömung eine sehr langsame ist, tanzende, zitternde und bohrende Bewegungen, sowie Ortsveränderungen, welche in dem letzteren Falle der Stromesrichtung entgegengesetzt sein können. Hervorheben will ich noch, dass der Wechsel, was Gestalt, Grösse, Farbe und Lichtbrechung der intravasculären Blutplättchen anbelangt, ein viel grösserer ist, als man im Allgemeinen anzunehmen scheint. Nicht selten sind die grösseren Gebilde mehr rund, homogen und deutlich hämoglobinhaltig, während die kleinen Plättchen eine lichte und körnige Beschaffenheit darbieten. Endlich muss ich noch der Möglichkeit, dass diese die Gefässwände passiren und in das Gewebe übertreten, Erwähnung thun.

Die tinctoriellen Eigenschaften der von den rothen Blutkörperchen sich abschnürenden Gebilde habe ich an Schnitt- und Trockenpräparaten von Blut geprüft. Färbt man die letzteren mit Methylenblau-Eosin, so nehmen viele derselben, wie die Blutplättchen, einen blauen Farbenton an. Werden die Präparate in eine Mischung von Gentianaviolett-Anilinöl gelegt und dann kurze Zeit mit Xylol-Anilinöl differencirt, so sind sie bald heller, bald dunkler, sehr häufig aber in derselben Weise tingirt, wie die Blutplättchen. Im Wesentlichen dieselben Befunde ergeben sich an Schnittpräparaten [2]), wenn man sie mit Methylenblau-Eosin, Gentianaviolett-Anilinöl oder Triacid färbt; immer stimmt bei einem Theil der Fortsätze und der sich abschnürenden Körper der Farbenton mit dem der Blutplättchen überein, während andere denjenigen der rothen Blutkörper mit gewissen Abstufungen aufweisen. Es hängt dies Verhalten mit dem wechselnden Hämoglobingehalt der ersteren, sowie mit den später an ihnen eintretenden Umwandlungen zusammen. Dieselben Farbenreactionen erhält man an den rothen Blutkörperchen, an deren Fortsätzen und Abschnürungsproducten, sowie an den Blutplättchen, wenn man conservirte Mesenterien von Mäusen oder Meerschweinchen, deren Darmschlingen 4—12 Stunden vorgelagert waren, untersucht. An solchen Objecten und an Schnittpräparaten von Blut kommen bei Anwendung der Weigert'schen Fibrinmethode blaue Körnchen zum Vorschein, welche bald central, bald mehr peripher gelagert sind oder über den Rand der Blutkörperchen wegtreten. Zuweilen finden sich mehrere, welche manchmal durch Fäden untereinander verbunden zu sein scheinen. Auch in den Fortsätzen der rothen Blutkörper und den Blutplättchen kommen solche blaue Körner vor.

Es bedarf wohl kaum eines besonderen Hinweises auf die grosse Bedeutung der an den rothen Blutkörperchen sich abspielenden Ausscheidungs- und Abschnürungsvorgänge. Aus den oben mitgetheilten Beobachtungen geht hervor, dass ihnen mindestens gewisse Arten von Blutplättchen ihre Entstehung verdanken. Auf die viel erörterten und zum Theil nicht richtig gestellten Fragen, ob die Blutplättchen präformirte Gebilde sind und schon unter normalen Verhältnissen vorkommen, gehe ich hier nicht ein. Thatsache ist, dass ihre Zahl bei eintretenden Kreislaufsstörungen zunimmt und zwar unter Verhältnissen, unter welchen eine Zufuhr von anderer Seite und eine Betheiligung der weissen Blutkörper ausgeschlossen ist. — Die bei der Anwendung der Weigert'schen Fibrinmethode an den abgeschnürten Gebilden beobachtete Farbenreaction weist darauf hin, dass diese Processe bei der Fibrinbildung eine Rolle spielen; welche und ob sie noch mit der Entstehung anderer Umsetzungsproducte in Verbindung gebracht werden dürfen, darüber sollen weitere Untersuchungen Aufklärung bringen.

Die oben berichteten Befunde werden eine ausführliche Darstellung, ihre Bedeutung unter Berücksichtigung der Literaturangaben eine eingehende Beweisführung vor dem Forum der speciellen Fachgenossen erfahren. Mit Rücksicht auf das Interesse, welches die an den rothen Blutkörperchen geschilderten biologischen Vorgänge beanspruchen dürfen, schien es mir aber gerechtfertigt, die Aufmerkamkeit weiterer Kreise auf sie zu lenken.

[2]) Mischungen von frischgelassenem Blut mit Müller-Sublimat, Chromsäure (0,2 Proc.) oder Osmiumsäure ($^1/_2$—1 Proc.) lässt man absitzen, behandelt das Sediment mit 50 Proc., dann 75 Proc. und schliesslich absolut Alkohol, dem die gleiche Menge Aether zugesetzt wird. Zu diesem Gemenge fügt man so lange kleine Stückchen Celloidin, bis es dickflüssig wird, dann giesst man es auf ein Holzklötzchen aus und härtet in 80 Proc. Alkohol nach.

Ueber traumatische Luxationen der unteren Extremität. [1])

Von Dr. *Göschel*,
Oberarzt der chirurg. Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Nürnberg.

Meine Herren! Einige seltenere Luxationsformen der unteren Extremität, die ich in den letzten Jahren beobachtete und behandelte, veranlassten mich, unsere Krankenhausjournale der letzten 20 Jahre durchzusehen. Zuerst überraschte mich, dass unter der grossen Zahl von chirurgischen Kranken, die ich auf 30,000 schätze, und unter denen sich eine überwiegende Menge von Verletzungen befinden, doch nur 148 Luxationen vorkamen. Ich verglich desshalb diese Zahlen mit anderen Statistiken. Es ergab sich dabei, dass unsere Zahlen mit denen anderer Spitäler sehr gut übereinstimmen. Krönlein hat in seinem Buch über Luxationen eine Statistik von 400 frischen traumatischen Luxationen aufgestellt, die er aus 6 Jahren der Langenbeck'schen Klinik und Poliklinik sammelte. Diese 400 Luxationen befanden sich unter einer Anzahl von beiläufig 80—90,000 chirurgischen Kranken. Das entspricht einem Verhältniss von ca. 4,4 Luxationen auf 1000 chirurgische Kranke, unsere 148 Luxationen geben 4,9 auf 1000. Es interessirte mich auch, zu erfahren, in welchem Zahlenverhältniss unsere Luxationen zu den Fracturen des Nürnberger Spitals stünden. Ich fand in den letzten 20 Jahren ca. 1750 Fracturen verzeichnet, wobei die grossen Zerreissungen und Zermalmungen von Gliedmassen, Finger und Zehen aus-

[1]) Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein zu Nürnberg am 20. Februar 1896.

geschlossen sind. Wie nun auch in anderen Statistiken bestimmte Gelenke bei den Luxationen, und bestimmte Knochen bei den Fracturen die Zahlen der Statistik beherrschen, so ist das auch bei uns. Bei den Luxationen ist es das Schultergelenk, bei den Fracturen der Unterschenkel und die Knöchel. In unserer Statistik kommt über $^1/_3$ der Luxationen auf das Schultergelenk, nämlich 79 Schulterluxationen, d. i. 53,3 Proc., bei Krönlein 51,7 Proc. An 2. Stelle kommen die Ellbogenluxationen mit der Zahl 14, d. i. 9,4 Proc. Krönlein zählt für das Ellbogengelenk 23 Proc., weil zu seinen Kranken auch Kinder gehören, die häufiger als Erwachsene Ellbogenluxationen erleiden. An 3. Stelle folgt bei uns das Hüftgelenk mit 11 Fällen oder 4 Proc., Krönlein hat nur 2 Proc., nämlich nur 8 unter 400 Luxationen. Alle anderen Luxationen sind nur vereinzelt. Ich habe dann wie Krönlein die Zahlen für obere und untere Extremität und für den Stamm gesondert und erhielt 118 für die obere Extremität, d. i. 80 Proc., 24 für die untere Extremität, d. i. 16 Proc., für den Stamm 6, d. i. 4 Proc. Diese Zahlen verhalten sich bei den Fracturen erheblich anders. Die Fracturen der unteren Extremitäten überwiegen weit die der oberen.

Ich möchte mich aber heute nur darauf beschränken, die Luxationen der unteren Extremität an der Hand meiner Erfahrungen kurz zu besprechen.

Zuerst die Luxationen des Hüftgelenks.

Wie schon erwähnt, befinden sich unter den 400 frischen traumatischen Luxationen, die Krönlein sammelte, nur 8 Hüftgelenksluxationen. Wir zählen unter unseren 148 Luxationen 11 Hüftluxationen, im Jahre 1895 allein 3. Davon gehören 7 zu den Luxationen nach hinten, 4 zu denen nach vorn. Von den Luxationes posticae sind 4 Luxationes ischiadicae, 3 iliacae. Unter den Luxat. anticae finden sich 2 Luxat. pubicae, eine obturatoria und eine perinealis. Die Luxationen nach hinten entstehen indirect durch übermässige Adduction, Einwärtsrollung und Flexion des Oberschenkels bei Sturz aus bedeutender Höhe, Ueberfahrenwerden, Verschüttung und dergl. Die Flexion wird dabei meist durch das Becken beim Zusammenknicken des Körpers besorgt. Auch unsere Patienten sind vom Gerüst gefallen, zum Fenster herausgesprungen, vom Bock herabgeschleudert worden, nur einer wurde durch einen stürzenden Aufzug zu Boden geworfen. Die Diagnose war nur in einem Falle schwierig, es handelte sich um eine atypische, mit Pfannenbruch complicirte Luxation.

Die Stellung des Beines in Flexion, Adduction und Innenrotation, die deutliche Palpation des abgewichenen Femurkopfes nach hinten oben oder hinten unten von der Pfanne liess bei den übrigen Fällen keinen Zweifel. — Die Einrichtung wurde 5 mal nach der jetzt allgemein giltigen Methode der Manipulation, die von Roser, Busch, Bigelow, Kocher ausgebildet worden ist, leicht vollzogen. Dieselbe besteht bekanntlich darin, dass zuerst durch Beugung des Schenkels bis zum rechten Winkel das Ligam. ileofemorale erschlafft wird, durch Vermehrung der Adduction bringt man den Kapselriss zum Klaffen, die Rotation nach aussen endlich dreht unter gleichzeitigem Zug in der Richtung des gebeugten Schenkels den Kopf in die Pfanne. Die einzige erheblichere Abweichung von dieser Methode besteht nach Middeldorpf darin, dass die Aussenrotation in Abductionsstellung vorgenommen wird. Hiedurch stemmt sich der Schenkelhals an den Pfannenrand und wird in die Pfanne hineingehebelt, immerhin eine etwas gewaltsame Art, die zum Bruch des Schenkelhalses schon öfter geführt hat.

Einmal gelang die Reposition durch einfachen Zug in der Richtung des luxirten Beines d. h. schräg über das gesunde Bein hinweg. Hier hatte offenbar der Kopf sich dicht neben der Pfanne befunden und konnte leicht durch den Kapselschlitz hineinschlüpfen.

Der letzte Fall, der mit Pfannenbruch complicirt war, machte auch der Reposition Schwierigkeiten. Sie gelang nach mehrfachen Versuchen durch Zug in halbgebeugter Stellung mit nachfolgender geringer Aussenrotation. Die Luxation stellte sich wieder her, sobald man das Bein nur etwas einwärts rotirte und adducirte. Nach wiederholter Reposition wurde das Bein in starker Aussenrotation und Spreizung durch Gypsverband fixirt. Die Heilung erfolgte in guter Stellung aber mit vollständiger Ankylose.

Die 4 Luxationen nach vorn waren 2 Fälle von Luxatio suprapubica und 2 Fälle von Luxatio infrapubica.

Die Luxatio suprapubica entsteht meist durch gewaltsame Rückwärtsbewegung des Rumpfes, also durch Hyperextension mit Abduction und Auswärtsrotation. Unsere beiden Fälle lassen sich nicht darauf untersuchen. Der eine Patient wurde überfahren, der andere stürzte 2 Stockwerk hoch auf die Strasse. Dagegen stimmen die Symptome: das luxirte Bein stund in Streckung, Abduction und Aussenrotation, Schenkelkopf am Schambein.

Die beiden Fälle von Luxatio infrapubica waren eine Luxatio obturatoria und eine Luxatio perinealis.

Die Obturatoria entstund dadurch, dass dem Patienten ein Baum auf's Kreuz fiel, während er mit gespreizten aussenrotirten Beinen gebückt stund, also genau, wie es in den Lehrbüchern beschrieben ist. Symptome: Bein in Hüfte leicht flectirt, abducirt und aussenrotirt. Oberschenkelkopf handbreit unter dem Ligam. Poupart.

Die Luxatio perinealis ereignete sich ganz ähnlich dadurch, dass der Patient von hinten her von einem fallenden Baumstamme getroffen und zu Boden geworfen wurde. Oberschenkel und Knie stark gebeugt, das Bein stark abducirt und nach auswärts rotirt. Der Femurkopf am stark gespannten, dunkelblau sugillirten, bereits oberflächlich eingerissenen Perineum zu fühlen.

Für die Einrichtung der Luxation nach vorn besteht noch nicht die Uebereinstimmung, wie für die Einrichtung der Luxation nach hinten. Doch sind es zwei Acte, die ziemlich allgemein für nöthig gehalten werden. Erstlich die Flexion, um dadurch das Lig. ileofem. zu entspannen, zweitens die Innenrotation, wodurch der Schenkelkopf in die Pfanne zurückgeführt wird. Bei der Suprapubica wird von Roser, Kocher, Busch, Middeldorpf eine Hyperextension der Flexion vorausgeschickt, um damit den Schenkelkopf vom Schambein abzuhebeln. Für die Rotation empfiehlt allein Kocher die Richtung nach auswärts und zwar in seiner Methode für Einrichtung der Infrapubica.

Bei unseren Fällen ist ein Fall von Suprapubica auszuscheiden, da bei ihm die Art der Reposition nicht notirt ist. Die Einrichtung mittels Flexion, der eine Hyperextension vorausgeschickt wurde, und mit nachfolgender Innenrotation, geschah nur bei einer Luxatio obturatoria. Dagegen führte diese Methode bei einer Suprapubica und einer Perinealis nicht zum Ziel. Für beide wurde dann ein von Busch und Pitha angegebenes Verfahren mit Erfolg angewendet. Die Patienten wurden mit der kranken Beckenseite etwas über den seitlichen Tischrand herausgezogen, das Bein in Abductionsstellung kräftig hyperextendirt, dann einwärts gerollt und adducirt.

Ueber den endlichen Erfolg für die Wiederherstellung der Function kann ich berichten, dass die meisten Patienten nach mehreren Monaten ohne besonderes Hinderniss ihr Bein gebrauchen konnten, nur im letzten Jahr fanden wir Schwierigkeiten, vielleicht wegen der Lockung einer Unfallrente. Der Patient, dessen Gelenk in Folge der Pfannenfractur ankylosirt war, konnte gleichwohl gut gehen, da er in der Dr. Kiefer'schen Anstalt gelernt hatte, den Bewegungsausfall durch das Becken zu compensiren.

Ueber das Geschlecht unserer Patienten, die eine Luxation des Hüftgelenks erlitten hatten, ist nur zu sagen, dass sie durchweg dem männlichen Geschlecht angehörten, wie ja auch andere Statistiker für diese Verletzung Aehnliches angeben. In Beziehung auf das Alter sind unserem Krankenhaus Grenzen gezogen, doch stimmen die Berichte auch darin mit uns überein, dass Hüftgelenksluxationen weitaus vorwiegend das eigentlich arbeitsfähige Alter betreffen.

Ich komme nun zu den Luxationen des Kniegelenks, die schon wegen ihrer relativen Seltenheit besonderes Interesse verdienen. Sie erhalten aber auch für den Betroffenen vielfach eine ernste Bedeutung durch ausgedehnte Bänder- und Kapselzerreissungen und durch häufige Läsionen der grossen Gefässe und Nerven der Kniekehle, die durch den Druck der gegen sie andrängenden Gelenkenden oder durch die luxirende Gewalt gefährdet sind. Ich möchte Ihnen zuerst die zwei Fälle mittheilen, die ich beobachtet habe.

Der erste ist aus dem Jahre 1882. Am 16. April wurde der Metzger Adam Köhnlein in das Krankenhaus gebracht. Der 23jährige

kräftige Mann glitt auf ebener Erde im Schlachthaus aus, fiel zu Boden und konnte sich nicht mehr erheben. Man fand folgenden Zustand: Das linke Knie mässig flectirt und der Unterschenkel nach aussen rotirt, Beugung und Streckung nicht möglich. Condylus femoris internus steht weit nach innen vor, so dass er von der unter ihm befindlichen Einsenkung ganz umgriffen werden kann. Der Condylus tibiae externus mit seiner Gelenkfläche ist nach aussen und hinten abgewichen und dort deutlich zu fühlen. Die Patella ist nach aussen gerückt. Es handelte sich also um eine Luxation der Tibia nach aussen und hinten mit mässiger Rotation. Die in Narkose vorgenommene Einrichtung gelingt leicht durch mässige Extension und gleichzeitige Innenrotation nebst directem Druck gegen die Tibia in Richtung nach vorne und einwärts. Einschnappen unter hörbarem Geräusch. Nachbehandlung im Contentivverband zuerst Gyps, dann Pappschienen. Vom 1. Mai an schonende Bewegungsübungen. Schon am 10. Mai konnte Patient mit guter Beweglichkeit und Festigkeit des Kniegelenks entlassen werden.

Der zweite Fall betraf den Taglöhner Johann Barthelmess, 35 Jahre alt. Am 19. Mai 1894 fiel B. vom Wagen, erlitt dabei noch einen Schlag der Deichsel gegen den rechten Unterschenkel, wurde bald darauf in das Krankenhaus gebracht. Es zeigt sich die rechte Tibia nach innen und vorne luxirt. Der mediale Condylus tibiae mit seiner Gelenkfläche ist sichtbar und tastbar vollständig nach einwärts und vorne abgewichen, der Condyl. ext. femor. entsprechend nach aussen und hinten. Der Unterschenkel steht gerade, wenig gebeugt, Patella nach einwärts geschoben. Die Einrichtung wird in der Narkose durch Extension und directen Druck leicht erzielt. Pappschienenverband. Bei Abnahme desselben am 30. Mai gute Stellung des Gelenks, geringe Schwellung, aber Lähmung des Nerv. peroneus: Taubsein der Haut am Fussrücken, fehlende Dorsalflexion und Abduction des Fusses und der Zehen. Am 18. August wurde Patient entlassen. Das r. Knie war noch etwas geschwollen, Maassdifferenz gegen l. 1,5 cm. Das Knie kann nicht durchgedrückt werden, Flexion wenig beschränkt. Peroneuslähmung nicht gebessert, Schwund der Musculatur des r. Unterschenkels. Die Lähmung wird durch eine Bandage mit Gummizügen gut corrigirt, der Gang ziemlich rasch und gewandt.

Die Casuistik der traumatischen Luxationen des Kniegelenks, so weit diese veröffentlicht sind, liegt uns in sehr vollständiger Weise vor. Malgaigne hat in seiner grundlegenden Arbeit 80 Fälle gesammelt. Noch in den neueren Lehrbüchern findet man, dass sich die Zahl der mitgetheilten Fälle von Knieluxation nicht viel über 100 belaufe. Im Jahr 1895 erschien eine Dissertation von Justus Cramer, Würzburg, jetzt prakt. Arzt in München, über diesen Gegenstand. Mit erstaunlichem Fleiss revidirte derselbe die ganze bisherige Casuistik und fügte noch 190 Fälle zu den 80 Fällen von Malgaigne, so dass jetzt 270 veröffentlichte Fälle existiren. Es lässt diese Zahl aber doch erkennen, dass die Knieluxationen zu den seltenen Ereignissen gehören. Es kommen von den 190 Cramer'schen Fällen z. B. auf Berlin 9, Wien 1, München 3, auf ganz England 39, Frankreich 32.

Die häufigste Form dieser Luxation ist die Luxation der Tibia nach vorne, nämlich 40 Proc. der ganzen Casuistik. Sie ist die häufigste, aber auch die schlimmste. Cramer theilt unter seinen 73 Fällen 12 mit, bei denen wegen Gefässzerreissung oder -Verstopfung die Amputation gemacht werden musste, ausserdem starben mehrere ohne Amputation an Sepsis, oder es musste wegen Complication mit Zerreissung der Weichtheile die primäre Amputation gemacht werden, zweimal kamen die Einrichtungsversuche erst nach breiter Gelenkseröffnung zum Ziel. Es ist nicht zu verwundern, dass in 6 Fällen Lähmungen meist des N. peron. zurückblieben und dass die Gelenksfunction durch Steifigkeit oder Schlottern häufig beeinträchtigt blieb. Trotzdem finde ich in der Casuistik 26 Fälle von Heilung mit guter Gehfähigkeit. —

Nur mit 19 Proc. ist die Luxation noch hinten vertreten. An Gefährlichkeit ist sie der Luxation nach vorne ganz gleich. Erheblich seltener sind die seitlichen Luxationen und zwar die Luxation nach innen seltener als die nach aussen. Mit ganz kleinen Zahlen sind die Unterarten der Luxation in diagonaler Richtung und die Rotationsluxationen vertreten.

Im Hinblick auf unsere eigenen Fälle interessiren uns wohl am meisten die seitlichen Luxationen. Sie entstehen entweder durch directe Gewalt, die den Oberschenkel oder Unterschenkel aus dem Gelenk verschiebt, oder durch übermässige, gewaltsame Abduction oder Adduction, d. h. Einknickung des Kniegelenks nach aussen oder innen. Die Femurcondylen stemmen sich aussen oder innen auf den Tibiarand, sprengen gegenüber die Kapsel und treten aus dem Gelenk, die Tibia rutscht dann auf die entgegengesetzte Seite.

Die Diagnose ist fast immer leicht durch die charakteristischen Formen der Knochen. Die Prognose der seitlichen Luxationen ist besser als die der Luxation nach vorn oder hinten, aber auch bei ihnen kommen die beschriebenen schlimmen Folgen vor. So ist der einzige Patient, der mit Luxation nach innen und vorn von Cramer erwähnt wird, wegen Gangrän amputirt worden. Unser Patient, der diese Art der Luxation erlitt, trug eine Peroneuslähmung, wohl durch Zerrung des Nerven über den Condyl. fem. ext. hinweg, davon. Der andere Patient mit Luxat. tibiae nach aussen und hinten genas vollständig und mit guter Gehfähigkeit. Auch in der Cramer'schen Casuistik, die 8 Fälle von Luxatio tibiae nach aussen und hinten aufführt, erhielten 6 gute Gebrauchsfähigkeit, darunter auch einer von Brunner in München, bei dem die Reposition erst nach Incision des Gelenks gelang. Einer starb an Delirium tremens, ein französischer Weinhändler; ein Patient von Hamilton behielt eine Subluxation zurück.

Die Einrichtung der Kniegelenksluxationen gelingt meist leicht, so dass eine Anzahl der aufgeführten Fälle durch Laien reponirt werden konnten. Hie und da treten aber doch Verhältnisse ein, die grosse Schwierigkeiten bereiten, wie Interposition von Kapseltheilen oder Muskelpartien, oder durch die Gefahr einer Hautzerreissung oder weiterer Schädigung des Bandapparates werden die Einrichtungsmanipulationen beschränkt.

In unseren Fällen gelang die Einrichtung durch Extension und directen Druck ohne jede Schwierigkeit. Die Zerreissung der Kreuzbänder, die immer erfolgt, hat offenbar für die spätere Function eine viel geringere Bedeutung, als die Zerreissung der seitlichen Bänder. Genu valgum oder Schlottergelenk sind bei ungenügender Verheilung oder allzu ausgedehnter Beschädigung nicht selten die Folge gewesen.

Eine sehr seltene Art der Luxation des Talocruralgelenkes ist mir vor einigen Wochen in der Privatpraxis zugegangen, nämlich eine Luxation des Fusses nach hinten.

Ein 59jähriger Herr L. ging im Dunkeln eine Wendeltreppe herunter, er glitt aus, fiel nach rückwärts und rutschte dann mit den Füssen voraus etwa 6 Stufen herab, bis er mit den Füssen gegen einen Lattenverschlag anstiess. Er konnte nicht mehr aufstehen. Ein Anderer hatte ihn aufgehoben, seinen nach aussen stehenden Fuss hereingedreht und ihn dann nach Hause geschafft. Ich fand folgendes Bild: Der linke Fuss gering plantarflectirt, in Mittelstellung, die Ferse weit nach hinten gedrängt. Vorn am Sprunggelenk springt die Tibia weit hervor, so dass ihre untere Kante und ein Theil der Gelenkfläche abzutasten ist. Eine Knöchelfractur kann nicht nachgewiesen werden. Die Reposition wurde in der Narkose gemacht und zwar durch kräftige Plantarflexion, Druck auf das untere Tibiaende nach hinten, Druck auf die Ferse in der Richtung nach vorne. Unter lautem Geräusch verschwand die Deformität. Ich legte dann 8 Tage die Extremität in Gypsverband und behandle sie jetzt wegen der erheblichen Sugillation und Schwellung mit Massage. Patient liegt noch zu Bett und der Fuss wird durch Pappschienen gestützt. Die Luxation des Fusses nach hinten kommt zu Stande durch übermässige Plantarflexion, wobei sich der hintere Rand der Tibia gegen das hintere Ende der Talusrolle anstemmt. Es reissen vorne die Kapsel und an der Seite zum Theil die Bänder ein und durch fortwirkende Gewalt wird die Tibia über die Talusrolle hinweg nach vorne getrieben.

Im vorliegenden Falle wurde der Fuss gewiss stark plantarflectirt gehalten, erstlich durch das Anstreichen der Ferse an den Stufen, dann durch die unwillkürliche Haltung, die man bei einem solchen Falle den vorausgleitenden Füssen gibt. Dann stiess er mit der Zehenspitze an den Verschlag, die fortwirkende Gewalt des Sturzes vermehrte die Plantarflexion des an den Zehen fixirten Fusses und trieb die Tibia nach vorne aus dem Gelenk.

Die Diagnose war nach dem angegebenen Bild nicht zu verkennen, obwohl ich zum erstenmal demselben gegenüberstand, was immerhin zunächst die Orientirung und Deutung erschwert. Recht merkwürdig war es mir, nachträglich die Differentialdiagnose zu studiren gegenüber einem Fall von Fractur des untersten Endes der Tibia, die durch Sturz aus bedeutender Höhe und Anschlagen des Fusses unterwegs entstanden war. Hier fühlte man auch in ähnlicher Weise das untere Tibiaende mit seiner Kante weit vorstehen, dagegen war die Ferse nach vorne, nicht nach hinten geschoben und es war oberhalb des Bruchstückes im Sinne der

Dorsalflexion eine widernatürliche Beweglichkeit zu spüren, neben der natürlichen Beugung und Streckung im Talocruralgelenk.

Die Luxationen des Talocruralgelenkes betragen nach Krönlein nur ½ Proc. der Luxationen. Weitaus die meisten derselben sind seitliche Luxationen mit Knöchelbruch, sogen. Verrenkungsbrüche nach Stromeier. Ich habe dieselben mit und ohne Zerreissung der äusseren Bedeckung nicht allzu selten gesehen, behandle eben wieder im Krankenhaus einen solchen Fall. Die Dislocationen nach vorne und hinten gehören aber zu den sehr ungewöhnlichen Ereignissen. Die Luxation des Fusses nach vorne kommt durch übermässige Dorsalflexion zu Stande und kennzeichnet sich durch das Vorstehen der Tibia nach hinten und die Dislocation der Ferse nach vorne. Der Fuss erscheint länger.

Von den isolirten Luxationen des Talus sah ich zwei frische Fälle, der eine mit Zerreissung der Weichtheile complicirt nach aussen, der andere subcutan nach innen. Vollständige Umdrehung um die Längsachse und Fractur des Talushalses, der Taluskopf war in Verbindung mit dem Kahnbein geblieben. Beide wurden mit Exstirpation des Talus behandelt. Der dritte Fall war bereits in Eiterung, als ich ihn sah. Er wurde geheilt durch Entfernung des total nekrotischen Talus. Um nicht zu weitläufig zu werden, will ich diese Luxationsform nicht eingehender besprechen. Endlich möchte ich Ihnen zum Schlusse noch einen Fall erzählen, der mir vor zwei Jahren im Krankenhaus zur Beobachtung kam und dessen Deutung mir grosse Schwierigkeiten bereitete.

Am 29. Januar 1894 Morgens wurde der 25jährige Taglöhner einer Brauerei K. R. gebracht. Er hatte am Aufzug der Brauerei zu thun. Während er sich vorbeugte, um hinunter zu sehen, glitt er plötzlich aus und stürzte zwei Stockwerke hinab auf's Pflaster, er sei auf die Füsse aufgefallen. — Der Befund, kurze Zeit nach dem Unfall, war folgender: Kräftiger Mann mit starkem Fettpolster; klagt über Schmerz im Kreuz, rechten Fuss, linken Oberschenkel. Kreuz und Oberschenkel leicht aufgeschürft, dagegen der rechte Fuss schwerer verletzt. Der r. Fuss im Ganzen ist in geringem Grad supinirt, der äussere Fussrand gesenkt, um etwa 1 cm tiefer stehend. Umfang um die Knöchel gleich links, ebenso um den Rist des Fusses. Bei Palpation fühlt man am Fussrücken, 2 cm zehenwärts von einer Linie, die von einer Knöchelspitze zur andern gezogen wird, dem vorderen Ende des Sinus tarsi entsprechend, eine Knochenhervorragung. Dieselbe hat auf der Höhe, die etwa 1,5 cm die Umgebung überragt, eine quergestellte Kante von reichlich 1 cm Länge. Diese Kante fällt nach dem Fussgelenk zu steil, nach dem Fussrücken zu sanft und allmählich ab. Die Plantar- und Dorsalflexion des Fusses nicht wesentlich behindert, dagegen ist die Supinationsstellung starr. Patient kann nicht auftreten. Es wurde eine Luxation im Tarsus angenommen und der Patient behufs der Reposition chloroformirt. In der Narkose gelang die Einrichtung nach einigen Versuchen durch kräftige Plantarflexion und directen Druck gegen den prominirenden Knochen. Mit lautem Geräusch schnappte das Gelenk ein und alle Bewegungen waren sofort frei und der Fuss hatte seine normale Gestalt wieder.

Was für eine Luxation war es nun? Ich verglich an der Leiche die anatomische Lage des abnormen Knochenvorsprungs. Die Maasse stimmen mit der Gelenkslinie zwischen Kahnbein und 3. Keilbein. Welchem dieser beiden Knochen gehörte der Knochenvorsprung an? Ich glaube dem Keilbein. Denn die proximale Seite fiel steil ab, die distale ganz allmählig. Eine isolirte Subluxation des Kahnbeins war es gewiss nicht: denn damit stimmte weder die Form, noch die Lage. Das Kahnbein liegt dem Fussgelenk näher. Ich glaube, es war das 3. Keilbein, welches sich aus seiner Verbindung mit dem Kahnbein gelöst und mittelst einer Drehung um die Queraxe mit seinem proximalen Ende aufgebäumt hatte. Ich habe mich in der Litteratur nach den vorkommenden Luxationen im Tarsus umgesehen, aber dabei die Erfahrung gemacht, dass Mangels eigener Beobachtung dieser seltenen Verletzungen die Angaben der Autoren sehr kurz sind und theilweise im Wortlaute merkwürdig übereinstimmend lauten.

Es können hier nur in Frage stehen: 1. Die Luxatio sub talo, wobei das Kahnbein mit dem Talus in Verbindung geblieben wäre, 2. Luxation der Keilbeine, 3. Luxation eines Metatarsalknochens. Die Luxatio sub talo besteht darin, dass sich die Fusswurzel vom Talus gelöst hat und nach einwärts oder auswärts getreten ist. Für eine Luxatio sub talo nach einwärts, um die es sich allein handeln könnte, war aber die Supinationsstellung viel zu gering, der innere Fussrand war nicht verkürzt. Die Lage des Knochenvorsprungs stimmt auch nicht mit der Luxation des Metatarsus, die Gelenkslinie Metatarsus—Keilbein liegt von unserer queren Knöchellinie nicht 2, sondern über 4 cm entfernt.

Bedenken gegen die Annahme der isolirten Luxation des 3. Keilbeins erregt nur der Umstand, dass bisher nur die isolirte Luxation des 1. Keilbeins und die gleichzeitige Luxation der 3 Keilbeine beobachtet wurden. Die Möglichkeit aber, dass auch einmal nur das 3. Keilbein luxirt wird, ist wohl zuzugeben. Wenn man am Skelett den Fuss seitlich zusammendrückt, klaffen die seitlichen Gelenksverbindungen des 3. Keilbeins auf, ein Stoss von unten dürfte dasselbe dann heraushebeln. Bei dem Sturz aus der Höhe von 2 Stockwerken vielleicht auf den äusseren Fussrand kann wohl eine solche in der Queraxe des Fusses wirkende Compression stattfinden, und da Patient auf unebenen Boden fiel, ist die Annahme eines auf das 3. Keilbein vorwiegend wirkenden Stosses von unten nicht allzu weit hergeholt. Zum Glück für den Patienten konnte die Diagnose nicht durch Autopsie controllirt werden und muss im vorliegenden Fall immerhin etwas zweifelhaft bleiben. Der Patient erhielt nach der Einrichtung der Luxation einen Gypsverband in mässiger Pronation des Fusses. Derselbe wurde nach einer Woche wieder abgenommen und dabei fand sich der Fuss in richtiger Stellung. Patient erhielt dann eine gut gepolsterte Holzsohle und konnte schon 25 Tage nach dem Unfall geheilt und ohne Beschwerden entlassen werden.

Nachträglich fand ich noch einen Fall von Luxation des 3. Keilbeins in den Charitéannalen 1894 erwähnt. Leider ist aber dort keine Beschreibung des Befundes gegeben, der Berichterstatter Tilmann geht nur mit wenigen Worten über den Fall hinweg. Ich konnte denselben desshalb nicht zu einem Vergleich mit meinem Fall benützen.

Aus der kgl. Univ.-Kinderklinik des Herrn Prof. H v. Ranke in München.

Zur Therapie der Sommerdiarrhöen im Säuglingsalter.

Von Dr. *O. Reinach,* Assistenzarzt der Klinik.

Die Therapie der schweren acuten Magendarmerkrankungen im Säuglingsalter hat im Wesentlichen 2 Indicationen zu erfüllen. Erstens der Bluteindickung entgegenzuwirken und zweitens dem erkrankten Magendarmtractus für einige Tage Ruhe zu gönnen. Als dritte Indication könnte man noch aufstellen, etwas Nährmaterial auf anderem Wege als durch Magen und Darm zuzuführen, damit die Ernährung nicht ganz unterbrochen wird.

Die erste Indication erfüllt man gewöhnlich durch Anregung der Herzthätigkeit, durch Hautreize, wie Senfbäder etc. und event. Darreichung von Thee oder Alkoholicis. Häufig lassen aber diese Mittel im Stich.

Monti und Epstein haben zuerst bei den schweren Verdauungsstörungen, speciell bei der Cholera infantum, subcutane Kochsalzinfusionen angewandt. Epstein hat mit verhältnissmässig geringen Mengen — 1—3mal täglich 10 ccm — günstige Einwirkung auf das Allgemeinbefinden gesehen. Letztere wird von ihm als durch eine Verdünnung des Blutes hervorgerufen erklärt, die «bei der geringen Flüssigkeitsmenge nicht proportional zur Blutmenge hervorgerufen wird, sondern durch eine durch das Kochsalz bewirkte starke Diffusion von Wasser aus den Geweben nach dem Blute.»

Grawitz hat bei Versuchen mit Injection von Quantitäten Serum, wie sie in den Diphtherieheilserum-Fläschchen geliefert werden, eine Verdünnung des Blutes nachgewiesen, die durch Lymphansaugung aus den Geweben in's Blut stattfindet.

Nachdem die Versuche von Mya in Florenz und die Injectionen mit Roux'schem Heilserum — 20 ccm pro dosi für Kinder — dargethan, dass man verhältnissmässig grosse Mengen Serum jungen Kindern ohne Bedenken injiciren kann, war der Versuch berechtigt, die blutverdünnende Eigenschaft des Serums dazu zu benützen, der Bluteindickung bei den schweren acuten Gastro-Enteritiden entgegenzuwirken.

Wir haben nun im vorigen Sommer bei 15 Fällen Versuche angestellt und zwar mit sterilem Serum thierärztlich beim Schlachten gesund befundener Kühe. Die weiteren Versuche, die bereits begonnen sind, werden mit sterilem Pferdeserum gemacht werden,

nachdem letzteres nach Landois' Untersuchungen sich gegenüber den menschlichen Blutkörperchen völlig indifferent gezeigt hat.

Zur Injection haben wir aus dem grossen Material unserer Poliklinik nur die schwersten, theilweise moribunden Fälle auf die Säuglingsabtheilung aufgenommen. Es waren durchweg künstlich ernährte Kinder mit ganz acuten Verdauungsstörungen, die am 2. oder 3. Tag der Erkrankung in Behandlung kamen. Das reducirte Gewicht gerade der Kinder, die nach Angabe der Mütter bis zu Beginn der Krankheit wohl gediehen waren, beweist die Schwere der Fälle. Zur Illustration dieses Punktes seien folgende Gewichte angegeben.

Kind	A. U.	14	Tage	alt	2600 g
„	F. G.	3	Wochen	„	2480 „
„	M. L.	6	„	„	3390 „
„	E. K.	5	Monate	„	4550 „
„	K. Th.	3	„	„	3540 „
„	V. R.	9	„	„	5240 „
„	J. O.	5	„	„	4090 „

Die Kinder machten den Eindruck, als hätten sie während 2—3 Tagen rapid an Gewicht verloren.

Von den 15 Fällen starben 4. Von diesen 4 verstorbenen Kindern waren 2 insofern sehr ungünstige Objecte, als sie mit schweren Lobularpneumonieen neben den gastro-intestinalen Störungen aufgenommen wurden; die beiden anderen litten an schweren folliculären Dickdarmprocessen.

Injicirt wurden 10—20 ccm unter die Haut der seitlichen Thoraxpartieen. An der Injectionsstelle war keinerlei Reaction zu bemerken; bei einem Pat. trat 14 Tage nach der Injection ein masernähnliches Exanthem von 2tägiger Dauer ohne Fieber auf. Eiweiss im Urin konnte man bei 3 daraufhin untersuchten Fällen nach der Injection nicht nachweisen, bei den übrigen konnte der reine Urin nicht aufgefangen werden.

Das Alter der Pat. schwankte zwischen 14 Tagen und 9 Monaten.

Der Eindruck der Injectionswirkung auf das Allgemeinbefinden war ein entschieden günstiger.

Das Aussehen der schwer collabirten Kinder wurde ein frischeres, der Blick klarer, die Cyanose wich vielfach einer mehr rosigen Farbe, die arteriellen Hautgefässe zeigten wieder Injection, die Extremitäten wurden wärmer, die Fontanelle mehr gespannt, der Puls, der häufig schon verschwunden war, wurde wieder fühlbar.

Einige Kinder, die nicht mehr zu saugen im Stande waren, nahmen die Flasche wieder. Die Collapstemperatur ging zur Norm zurück; der theils nachweisbare Temperaturunterschied zwischen Körperinnern und Haut wurde mehr ausgeglichen.

Zweimal wurde nach der Injection Fiebertemperatur, einmal bis 38.5° beobachtet.

Die Injection erfolgte gewöhnlich am Abend, nach der Sprechstunde. Nach 3—4 Stunden war gewöhnlich noch keine Aenderung des Status zu bemerken. Am folgenden Morgen war das Bild meist ein bedeutend gebessertes, wie oben beschrieben. Bei einigen Kindern hielt die Besserung an, während bei anderen die Wirkung am Nachmittag des zweiten Tages verschwand, um nach einer erneuten Injection wieder zu Tage zu treten.

Ueber die Wirkung bei schweren chronischen Verdauungsbeschwerden mit acuten heftigen Rückfällen haben wir erst einzelne Beobachtungen angestellt. Wir werden darüber später berichten.

Um uns ein möglichst ungetrübtes Urtheil zu bilden, leiteten wir keine Localbehandlung ein. Die Nahrung bestand während der ersten 24—48 Stunden nur in Darreichung von dünnem Reisswasser.

Die in den meisten Fällen sich rasch einstellende Besserung der Verdauungsthätigkeit und der Stühle ist wohl neben der Nahrungseinschränkung auch theilweise durch die Einwirkung der übrigen Bestandtheile des Serum hervorgerufen, die den Stoffwechsel beleben. Speciell regte das Kochsalz die Drüsenthätigkeit an; für die Speicheldrüsen ist dies von Cohnheim und für die Labdrüsen von Grützner nachgewiesen.

Bei der, bei den schweren acuten gastro-enteritischen Störungen unbedingt nothwendigen, Sistirung der Nahrungseinfuhr durch den Magendarmtractus, ist es nun von Wichtigkeit, dass wir zugleich mit dem Serum Eiweisskörper subcutan injiciren. Die Frage der subcutanen Ernährung ist experimentell bei Thieren und Menschen öfters in kleinerer Versuchsreihe behandelt worden. Menzel und Perio machten Injectionsversuche an Hunden mit Mandelöl, Olivenöl, Leberthran, Milch und Eigelb.

Riek injicirte Leberthran, Milch, Eigelb und defibrinirtes Blut bei Menschen und Thieren.

Eichhorn versuchte Oele, Eiweiss-Pepton und Kuhmilch subcutan zur Ernährung zu verwenden. Die Erfolge waren wechselnde. Eichhorn kommt zum Schlusse, dass Nahrungsstoffe, die nicht reizend wirken, bei subcutaner Injection im Stande sind, den Menschen für einige Zeit am Leben zu erhalten. Bei Kuhmilch war die Resorptionszeit viel länger als bei anderen Nahrungsstoffen; sie betrug meist 22—24 Stunden.

In neuester Zeit hat Leube die Frage der subcutanen Ernährung wieder aufgenommen. Er injicirte Hunden subcutan Butter (Butterfette). Leube betrachtet letztere als die günstigsten Nährmittel, da sie als solche angesetzt und im Stoffwechsel verbraucht werden.

Von Eiweisskörpern erwiesen sich Albumosen und Peptone bei subcutaner Injection bald als assimilirbar, bald wurden sie als Gifte wieder im Harne als Eiweiss ausgeschieden.

Caseïn und Eieralbumin sind nicht direct assimilirbar.

Nach Landois' Versuchen wird durch subcutan injicirtes Serum der Stoffwechsel der Eiweisskörper vermehrt. Das Serum gelangt zur Umsetzung innerhalb der Blutbahn, so dass die Harnstoffbildung zunimmt. Es können nach diesem Forscher subcutane Seruminfusionen als ernährende Infusionen angesehen werden.

Freilich ist bei Injection von 20 ccm Serum die Eiweissmenge eine recht geringe, aber einerseits ist es wahrscheinlich, dass man grössere Quantitäten Serum — vielleicht in 2 Portionen pro die getheilt — injiciren und dadurch den Eiweissgehalt der Injectionen erhöhen kann, andererseits muss man bedenken, dass bei einer Erkrankung, bei der vom Magen und Darm während einiger Tage fast gar keine Nährstoffe zur Resorption gebracht werden können und dürfen, selbst geringe Mengen von solchen Stoffen, die man auf andere Weise dem Körper zuführen kann, zweckdienlich erscheinen dürften.

Nach Hoppe-Seyler enthalten 100 ccm Serum

Pferd	Feste Stoffe	8.597	Rind	8.965
„	Gesammteiweiss	7.257	„	7.499
„	Fette und Salze	1.340	„	1.466

Man würde also bei Injection von 20 ccm Serum ca. 1,5 g Eiweiss injiciren.

Es entspräche dies ungefähr dem Eiweissgehalt von 50 g unverdünnter Kuhmilch oder 150 g Muttermilch.

Die fehlende Fettmenge könnte man durch subcutane Injection von Leberthran, oder, falls die Leube'schen Versuche sich auf den Menschen übertragen lassen, durch Butterfett einigermassen ersetzen.

Immer wird dies natürlich eine Unterernährung bleiben. Aber gerade beim Säuglinge wird man die Frage der subcutanen Ernährung desshalb mit Recht in Erwägung ziehen können, weil man absolut mit viel geringeren Mengen auskommt, als beim Erwachsenen.

Speciell bei den schweren Formen der Gastro-Enteritis dürfte man, da die völlige Nahrungsentziehung per os meist nur 1—2 Tage zu dauern hat, selbst mit geringen Mengen von subcutan beigebrachten assimilirbaren Nährstoffen dem Säuglinge Nutzen bringen.

Weitere Versuche über subcutane Ernährung in oben angedeuteter Weise werden an hiesiger Klinik angestellt, und später ausführlicher darüber berichtet werden.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. v. Ranke, spreche ich für die Ueberlassung der Fälle und das fördernde Interesse an den Versuchen meinen verbindlichsten Dank aus.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu München.

Aetiologische Untersuchungen über einige sehr seltene fötale Missbildungen[1]).

Von *F. v. Winckel* in München.

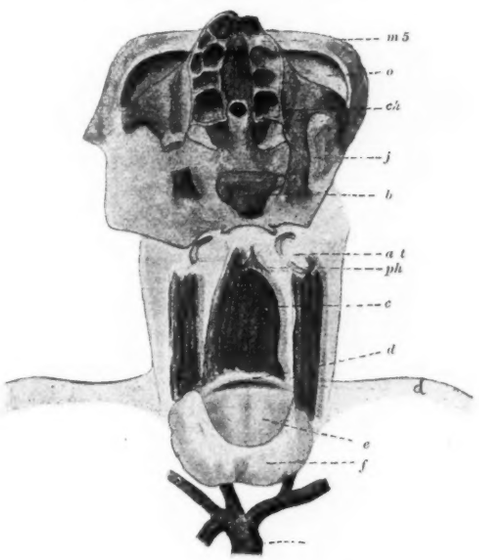
(Schluss.)

III.

Die sogenannte Agnathie ist keine Agnathie, sondern eine Druckatrophie des Unterkiefers, der Kau- und Schlingwerkzeuge.

Bei weitem interessanter ist nun eine Missbildung, die meines Erachtens bisher nicht richtig erkannt worden ist, ich meine die sogenannte Agnathie, den angeborenen Mangel des Unterkiefers, auch wohl Synotie, Mikrostoma genannt. Wir bekamen im Lauf des vergangenen Novembers eine solche Missgeburt aus unserer Poliklinik. Ich erinnerte mich dabei der Beschreibung und Abbildung eines ähnlichen Falles aus Hecker's Klinik (Band II s. u. Fig. 8, 17, 18) und gab meinem Assistenten, Herrn Dr. Fraenkel den Auftrag, diese in der Sammlung aufzusuchen. Bei dieser Gelegenheit fand derselbe noch eine zweite gleiche, bisher nicht beschriebene, in unserer Sammlung (s. Fig. 9). Während Herr Dr. Fraenkel die anatomische Präparation derselben begann, suchte ich nach den bisher publicirten Fällen in der Literatur und liess mir die von Herrn Dr. Fraenkel präparirten Organe zeigen. Wir gelangten dabei zu der Ueberzeugung, dass unsere beiden, noch nicht beschriebenen Fälle den bisher publicirten fast in jeder Beziehung glichen und in den Notizen, welche mir Herr Dr. Fraenkel nach unseren Befunden aufzeichnete, befand sich denn auch die Bemerkung bei allen beiden «Unterkiefer fehlt», was ich, da diese Bemerkung auch für den Heckerschen Fall gemacht worden war, nicht als richtig zugeben konnte, denn Hecker hatte ein von Dr. Poppel gefundenes Knochen-

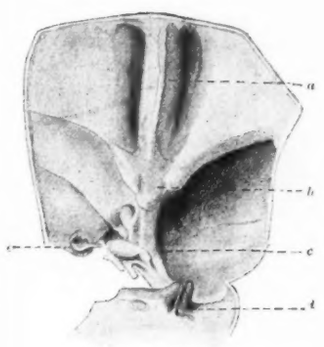
Fig. 4. Würzburger Präparat.



Erklärung: *m 5* Oberkiefer. *o* Orbita. *ch* Choanen. *j* Jochbogen. *b* Unterkieferrudiment. *a t* Annulus tympan. *ph* Pharynx. *c* Zunge. *d* Zungenbein. *e* Kehlkopf. *f* Schilddrüse.

rudiment als einen Rest des Unterkiefers bezeichnet. Bei der nun folgenden Zusammenstellung der in der Literatur zu findenden sonstigen Fälle und der Betrachtung der von diesen gemachten Abbildungen gewann ich immer mehr die Ueberzeugung, dass man auch diese Missbildung mit grosser Wahrscheinlichkeit nur auf einen abnormen Druck von aussen zurückführen müsse, ja dass vielleicht amniotische Bänder bei Entstehung derselben betheiligt sein könnten. Wenn dies der Fall war, dann musste der Befund der Veränderungen am Halse etwa denjenigen gleichen, wie sie durch solche Bänder an den Extremitäten bewirkt werden; die eingeschnürten Knochen und Weichtheile mussten alle nachzuweisen, also kein Kiefermangel vorhanden, sondern nur der Knochen verkleinert, verschoben, atrophisch sein. Nunmehr liess ich Herrn Dr. Fraenkel mit der Angabe, der Kiefer müsse da sein, in unseren beiden Präparaten an der Basis cranii nochmals nach demselben forschen und siehe da, in kürzester Zeit war derselbe bei beiden gefunden. Alsdann schrieb ich an Geheimrath v. Rindfleisch nach Würzburg, ob er uns nicht das in der dortigen Sammlung befindliche, von Hesselbacher beschriebene Präparat zur genaueren Be-

Fig. 5.



Erklärung:

a Crista galli.
b Limbus sphenoidalis.
c Türkensattel.
d Bogengang der rechten Seite.
e Hammer u. Ambos links.

$^1/_1$.

sichtigung eventuell Präparation senden könne. Ich hatte nämlich die Ueberzeugung gewonnen, dass die in demselben als Verwachsung der Hämmer beschriebene Knochenleiste der Unterkiefer sein müsse. Das Präparat ging am 4. Januar hier ein*), ich lege Ihnen dasselbe mit vor und bemerke gleich, dass meine Voraussetzung sich vollkommen bestätigt hat — jene Leiste ist der Unterkiefer (siehe Figur 4). Der Beweis, dass sie nicht aus den verwachsenen Hämmern entstanden ist, wurde, abgesehen von ihrer Grösse, auch durch die Thatsache geführt, dass wir links am knöchernen Ohr dieses Präparates noch Hammer und Ambos fanden (Figur 5). Nun, m. H., wenn eine Hypothese ohne weiteres zu Schlüssen führt, welche sofort durch anatomische Untersuchungen bestätigt werden, dann werden Sie eine gewisse Berechtigung derselben schon zugeben müssen. Wenn ich nun weiter mit Bestimmtheit behaupten zu können glaube, dass auch in dem Falle von G. Braun der Befund: Gehörgang von beiden Seiten zusammengedrückt und zu einer halbmondförmigen Knochenbrücke verschmolzen — nämlich diese Knochenbrücke nur als Unterkiefer zu deuten ist und zwar sowohl ihrem Sitz nach, als weil hinter ihr ein Canal zum Oesophagus führt, obwohl das aus der Abbildung nur dann erkenntlich wird, wenn man unsere Fälle mit derselben genau vergleicht, so sind von bisher im Ganzen beschriebenen 12 Fällen schon 7, d. h. mehr als die Hälfte, erwiesen, in denen bestimmt keine Agnathie vorhanden war. Es besteht also die grösste Wahrscheinlichkeit, dass auch in den übrigen 5 der Kiefer nicht gefehlt hat und demnach sein angeblicher Defect auch nicht die Ursache der ganzen Missbildung sein konnte.

Doch gehen wir nun zu den früher bereits publicirten Fällen über:

Der erste Autor, welcher uns mit dieser Anomalie bekannt machte, war Hesselbach,[8]) Prosector in Würzburg, welcher das betr. Kind in der Würzburger anatomischen Sammlung fand (siehe Figur 4, 5).

Nach ihm — oder fast zu gleicher Zeit — beschrieb A. W. Otto[9]) zwei Fälle dieser Art, von denen er den ersten auch genau abbildete (s. Fig. 11 u. 13). Otto bemerkte ausserdem, dass er eine dritte Missgeburt dieser Art im Berliner anatomischen

*) Wofür ich hierdurch meinen verbindlichsten Dank abstatte.

[8]) Beschreibung der pathol. Präpar. in Würzburg. Giessen 1824, p. 254—271, No. 643.

[9]) Neue seltene Beobachtungen zur Anat., Phys. und Pathol. Berlin 1824, p. 168—173

Museum gesehen habe. Fall 5 ist von Faesebeck und Fall 6 von Arnold (cf. Ahlfeld: Missbildungen der Menschen, Leipzig 1880, S. 164—166).

Fig. 6.
Präparat III der Münchener Sammlung.

Dann kam ein 7. Fall von G. Braun[10]) (s. Fig. 14) aus dem Jahre 1855, ferner eine 8. Beobachtung von A. Guerdan[11]) aus dem Jahre 1856, weiter eine 9. Publication von A. Paul[12]), eine 10. von C. von Hecker[13]). Diesen schliessen sich als 11. und 12. die beiden Präparate an, welche ich Ihnen heute vorzulegen die Ehre habe.

Die erstgenannten Autoren waren der Ansicht, dass der angeblich allen Fällen gemeinsame völlige Mangel des Unterkiefers zur Deutung der anderweiten Veränderungen völlig ausreiche. So behauptet z. B. G. Braun: «Die muthmassliche Ursache könne nur (?!) in der Entwicklungsweise des Unterkiefers gesucht werden und da derselbe aus dem untern Theil des ersten Kiemenbogens und zwar aus einem Blastem entstehe, das sich an der äusseren Seite des Meckel'schen Fortsatzes des Hammers ablagere, so könne entweder der Hammer und sein Fortsatz sich nicht entwickelt haben, oder jene Blastemablagerung. Welche von beiden Ursachen vorhanden gewesen, sei sehr schwer zu bestimmen. Andere Autoren wie Hecker, Otto, Förster und selbst Ahlfeld haben überhaupt keinen Erklärungsversuch gemacht.

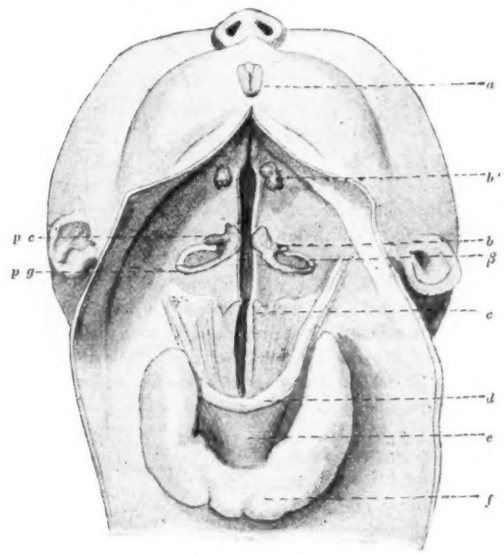
Ehe ich nun zu einem solchen übergehe, möchte ich bezüglich des letzten uns zugegangenen Kindes noch erwähnen, dass dasselbe von einer 40jährigen drittgebärenden Schneidersfrau stammt und nach etwa 25stündiger Geburtsdauer ausgestossen wurde. Die Wehen sollen schwach und sehr viel Fruchtwasser vorhanden gewesen sein. Die früheren Entbindungen waren regelmässig verlaufen, die beiden Kinder leben und sind wohlgebildet. Das dritte, hier vorliegende (Figur 6 und 7), ist ein Mädchen von 38 cm und 1195 g, die Entwicklung desselben entspricht ungefähr einem Alter von 7 1/2 Mondsmonaten.

Fig. 7.
Präparat III der Münchener Sammlung.

Was die übrigen 11 Kinder betrifft, so waren von 10, deren Geschlecht notirt wurde, 6 weiblich, 4 männlich; die meisten derselben erreichten ein intrauterines Alter von 7—9 Monaten, nur die von Arnold und Guerdan beschriebenen Früchte waren erst im Anfang des 6. Monats. 2 mal ist notirt worden, dass das Kind nach seiner Geburt einige Minuten lebte (Guerdan, Winckel).

Man kann geringere, höhere und höchste Grade der Mikrostomie unterscheiden, zu den geringeren rechnen wir den Fall von Hesselbach, den Fall von Hecker und unseren dritten, in

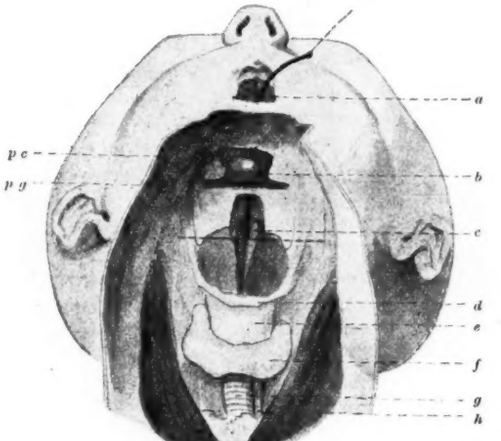
Fig. 8. Präparat I beschrieben von C. Hecker.



Erklärung: *a* Mundöffnung. *b'* Knochenleisten am Pharynxeingang. *b* Unterkieferrudiment. *β* Annulus tympanicus. *c* Zunge. *d* Zungenbein. *e* Kehlkopf. *f* Schilddrüse. *p c* Proc. coronoïdes. *p g* Proc. glenoidalis.

welchen Fällen die Ohren vertical und weit von einander abstehen. In den höheren Graden rücken die Ohren aus ihrer verticalen Stellung und nähern sich bis auf 2 1/2—2 cm. Fälle von Otto und Braun. In den höchsten Graden liegen die Ohrmuscheln

Fig. 9. Präparat II der Münchener Sammlung.



Erklärung. *a* Mundöffnung. *b* Rudiment des Unterkiefers. *c* Zunge. *d* Zungenbein. *e* Kehlkopf. *f* Thyreoïdea. *g* Luftröhre. *h* Speiseröhre. *p c* Proc. coronoïdes. *p g* Proc. glenoidalis.

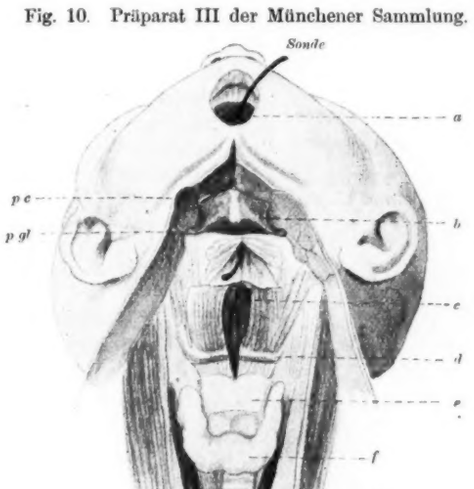
horizontal unter dem Oberkiefer und die äusseren Gehörgänge treten miteinander in Berührung — wirkliche Synotie; Fall von Braun, Guerdan und der später beschriebene aus dem Münchener pathologisch-anatom. Institut.

Diese verschiedenen Grade zeigen sich nun auch in dem Verhalten der Mundhöhle; bei den geringeren Graden ist die letztere

[10]) Zeitschrift d. Ges. d. Aerzte zu Wien XI, Oktober 1855, p. 615 mit Abbildung.
[11]) Monatsschrift z. Geburtsk. X. 176, Tafel.
[12]) Bull. de la société de Gand 1857 Fevrier.
[13]) Klinik der Geburtskunde, II. 224, Tafel VI s. Figur 8.

nach hinten nicht abgeschlossen, sondern ein feiner Canal führt aus ihr in den Pharynx (Fälle von Otto, Braun, v. Hecker); wiederholt wurde eine vollständige Atresie des Cavum buccale und

Fig. 10. Präparat III der Münchener Sammlung.



Erklärung. *a* Mundöffnung. *b* Unterkieferrudiment. *c* Zunge. *d* Zungenbein. *e* Kehlkopf. *f* Schilddrüse. *g* Luftröhre. *h* Speiseröhre. *ao* Aorta. *p c* Proc. coron. *p gl* Proc. glen.

des Pharynx erwähnt, dieselbe ist mir aber zweifelhaft. (Hesselbach, Otto Fall 2). Beide Fälle von Otto habe ich inzwischen durch gütige Zusendung Seitens des Herrn Geh. Raths Hasse-Breslau zur Untersuchung erhalten und stimmen dieselben in allen Punkten mit den übrigen überein, bei beiden sind Unterkieferrudimente ganz gleich den im Präparat Hecker vorhandenen (siehe Figur 11).

Sehr bemerkenswerth ist das Verhalten des Zahnrandes und des Oberkiefers: Bei mehreren Kindern dieser Art ragte der Zahnrand etwas aus der kleinen Mundöffnung hervor (Beobachtungen von Hesselbach und Winckel und besonders auch die Abbildungen von Braun, wo eine Art von Pürzel in den Mund ragt (s. u. Figur 14). Weiter sind in zwei Fällen (Braun und Guerdan) angeblich Durchlöcherungen des harten Gaumens constatirt worden; ich habe jedoch den Eindruck, dass beide Autoren die Oeffnung der Choanen für eine Spalte angesehen haben. Dagegen sind 2 mal in der harten Gaumennaht zwei Wülste gefunden worden, zwischen denen eine Furche auf den ersten Blick den Eindruck eines Wolfsrachens machte (Hesselbach, Winckel).

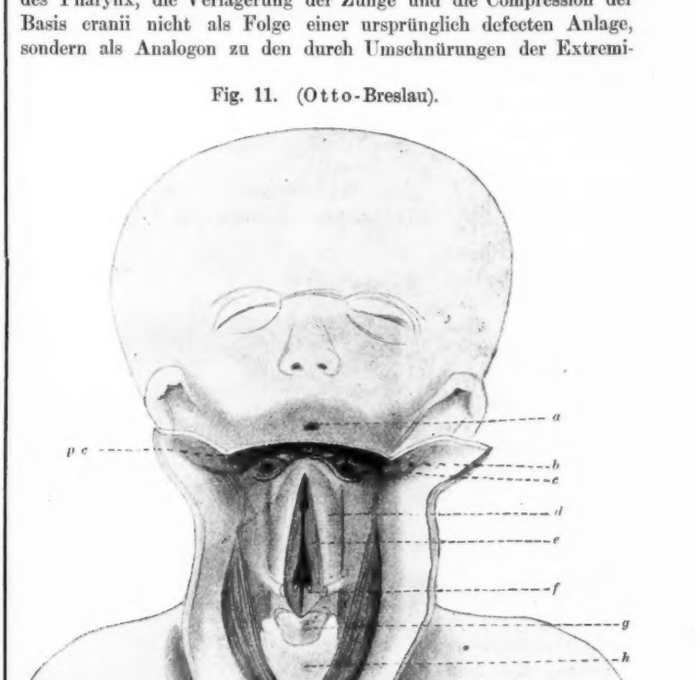
Die Zunge soll in den Fällen von Guerdan und Paul ganz gefehlt haben (?), was mir höchst unwahrscheinlich ist. In allen übrigen wurde sie tief im Halse, im Pharynx fast vertical stehend, wesentlich verkleinert gefunden (s. Figuren 8, 9, 10).

Endlich eine sehr wichtige Thatsache: In dem Falle von Hesselbach, im zweiten von Otto, in dem von Faesebeck und in unserm letzten Fall hat sich Dextrocardie mit mehr oder minder vollständigem Situs inversus viscerum gefunden, d. h. unter 12 Fällen 3 mal. 2 mal ist keine Notiz von den übrigen Organen genommen worden (Otto und Guerdan).

Wie schon oben erwähnt, konnten wir in unseren 3 Fällen und in dem von Hesselbach beschriebenen Würzburger Fall, ferner in den beiden Breslauer Fällen (s. Fig. 11) die Existenz des Unterkiefers feststellen und es handelt sich nunmehr um den Beweis, dass der von uns präparirte Knochen wirklich der rudimentäre Unterkiefer ist. Dieser aber ist leicht zu führen: erstlich ist er hinter dem Arcus zygomaticus, da wo die Fovea glenoidalis des Schläfenbeins ist, mit der Basis cranii durch Bandmassen beweglich verbunden; ferner entspricht seine bogenförmige Gestalt, die an einzelnen Exemplaren, z. B. bei unserem letzten, in der Mitte ein wenig zugespitzt ist, der Gestalt jenes Knochens, um so mehr, als an einem Präparat sogar noch der Processus condyloideus und coronoideus (Figur 12) zu sehen ist; ausserdem geht der von der Mundhöhle in den Pharynx führende Canal stets hinter diesem Knochen herab und endlich kann man sowohl das Zungenbein als die Knochen der Schädelbasis exact von ihm abgrenzen. Die Veränderungen in der Umgebung des Unterkiefers erstrecken sich aber auch auf die Basis cranii, besonders das Keil- und Schläfenbein und die zwischen diesen und dem Unterkiefer liegenden Weichtheile. Wir sehen daher, wenn wir eine solche Missbildung von der Seite und von unten her betrachten, besonders tiefe Furchen, ja geradezu Einschnürungen mit Faltenbildung nach dem hintern Ende des Oberkiefers. Man vergleiche nur die Abbildungen von Otto (Fig. 13), Braun (Fig. 14), Guerdan (Fig. 15) und namentlich das Präparat aus dem hiesigen pathol. Institut (Fig. 16); gerade diese sind es, die uns unwiderstehlich auf die Annahme einer von aussen einwirkenden schmalen bandartigen Einschnürung als Ursache dieser Veränderungen hindrängen. In dieser Auffassung bestärkt uns die Thatsache, dass die Weichtheile am untern Theil des Halses: die Thyreoïdea, Haut, Thymus öfter geschwollen gefunden wurden (Hesselbach, v. Hecker u. A.), dann aber namentlich die constante bedeutende Verengerung oder gar Atresie (?) des hintern Theils der Mundhöhle und die Kleinheit, Verdrängung und verticale Stellung der Zunge im Pharynx.

Wenn wir nun in Betracht ziehen, dass der Kopftheil des Embryo am frühzeitigsten von der Amnionscheibe umgeben wird und dass es bei seinen zahlreichen Vertiefungen und Vorsprüngen durch die Kiemenbögen, die Mundspalte und ihre Begrenzungsfortsätze erklärlich ist, dass sich gerade an diesen Stellen so häufig amniotische Verwachsungen finden, so muss es wohl am nächsten liegen, diese auch für das in Rede stehende Leiden als Ursachen zu beschuldigen. Wir betrachten dann die Atrophie des Unterkiefers, die Atresie des Pharynx, die Verlagerung der Zunge und die Compression der Basis cranii nicht als Folge einer ursprünglich defecten Anlage, sondern als Analogon zu den durch Umschnürungen der Extremi-

Fig. 11. (Otto-Breslau).



Erklärung.
a Mundöffnung. *b* Unterkiefer. *c* Annulus tymp. *d* Pharynx. *e* Zunge. *f* Zungenbein. *g* Kehlkopf. *h* Thyreoïdea. *p c* Proc. coron.

täten von straffen amniotischen Bändern entstandenen Verkümmerungen der peripheren Theile. Und für diese Deutung finden wir in den Veränderungen jener 12 Missbildungen noch eine sehr wichtige Unterstützung, nämlich: die Häufigkeit des Situs inversus bei denselben.

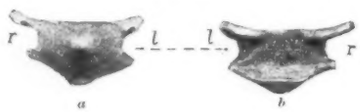
Was die in 4 von 12 Fällen constatirte Dextrocardie und den Situs inversus betrifft, so wird die Inversio viscerum — nach den Beobachtungen bei Zwillingen, wo regelmässig das an der rechten Seite der Nabelblase liegende Individuum dieselbe acquirirt, — dann auftreten, wenn der Embryo sich nicht zur rechten Zeit von rechts nach links hinüber wendet, um an die linke Seite der Keimblase zu gelangen. Nehmen wir also an, dass zu grosse Enge der amniotischen Scheide, resp. schon beginnende Bänder ihn an dieser Bewegung hinderten, so würde der Situs inversus, dessen Häufigkeit unter dieser geringen Zahl von Fällen doch eine so frappante ist, dass man sie nicht für zufällig halten kann, für eine schon sehr frühzeitig aufgetretene Fixation des Embryo sprechen. Es würde also dieser Befund auch eine mechanische Erklärung jener Missbildungen unterstützen. Selbstverständlich fehlt die Dextrocardie, wenn die Einschnürung erst begonnen hat, nachdem jene Drehung des Embryo auf die linke Seite der Keimblase beendet war. Schliesslich möchte ich darauf aufmerksam machen, dass man bereits Bandeinschnürungen circulärer Art am obern Theil des Kopfes, verbunden mit Hasenscharten, Wolfsrachen, Fehlen des linken Auges und des knöchernen Schädeldaches, noch in Verbindung mit dem den Schädel schnürenden Bande — also von oben quasi im Grossen das, was wir von unten in kleinerem Maassstabe in unseren Fällen annehmen — direct gesehen hat. Dieser so sehr interessante Fall mit Abbildung ist in der J. D. von J. Baacke, Königsberg i. Pr. 1889, aus der Dohrn'schen Klinik publicirt.

Die Bezeichnung Agnathie muss nach diesen Darlegungen bestimmt aufgegeben werden, sie entspricht weder den thatsächlichen Verhältnissen, noch gibt sie einen Namen für die Veränderungen der Knochen- und Weichtheile, die bei dieser Missbildung stets vorhanden sind. Missbildet resp. rudimentär sind der Ober- und Unterkiefer nebst dem Keilbein, der Mund, die Mund- und Schlundhöhle nebst der Zunge, und wenn wir eine möglichst kurze und zugleich ätiologische Bezeichnung der sämmtlichen Veränderungen, welche hier vorliegen, geben sollten, so würde diese etwa lauten: foetale Compressionsatrophie der Kau- u. Schlingwerkzeuge oder Atrophia amniotica maxillae, mandibulae, cavi buccalis et pharyngis.

Jedenfalls bestätigen auch diese Beobachtungen wieder die Richtigkeit des Satzes, dass die Erkenntniss der amniotischen Verwachsungen und deren Folgezustände schon manches Dunkel gelichtet und Aufklärung über Vorgänge gebracht hat, die ohne diese Erkenntniss uns für immer räthselhaft geblieben wären.

Nachtrag. Erst nachdem ich diesen Vortrag im morphologisch-physiologischen Verein Münchens am 7. Januar 1896 gehalten, kam ich auf den Gedanken, Herrn Obermedicinalrath Bollinger zu fragen, ob nicht etwa in der Sammlung des hiesigen pathologisch-anatomischen Institutes auch ein sogenannter Agnathus vorhanden sei und zu meiner grossen Ueberraschung bekam ich durch seine Güte auch sehr bald ein neues Exemplar übersandt, welches fast den allerhöchsten Grad dieser Compressionsatrophie darstellt. Nicht bloss dass Synotie bei demselben vorhanden ist (Figur 16b), sondern auch die Tiefe der Schnürfurche ist (Figur 16a) so ausgesprochen, wie in keinem einzigen bisher beobachteten.

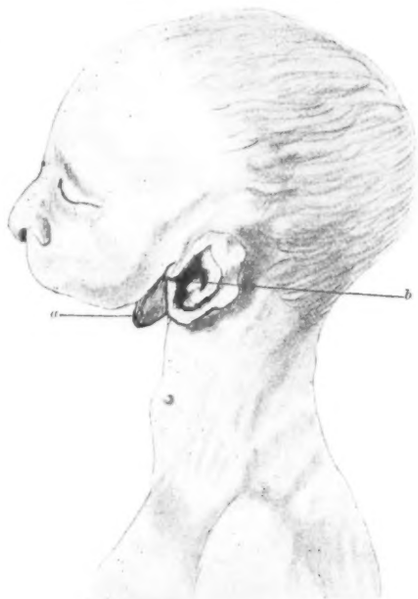
Fig. 12.



Unterkiefer isolirt von Präparat 10.

a von vorne
b von hinten.

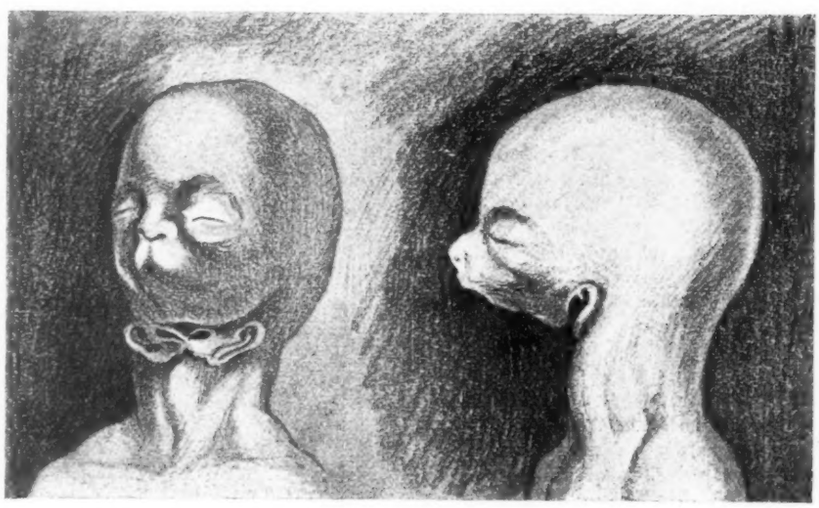
Fig. 13. Fall von Otto.



Erklärung. *a* Rechtes Ohr. *b* Tiefe Furche.

Fig. 14. Fall von G. Braun.

Fig. 15. Fall von Gueŕdan.



Eine bemerkenswerthe Asymmetrie der Ohrstellung stimmt ebenfalls zu meiner Theorie recht gut (Figur 16b linkes Ohrläppchen tiefer stehend).

Der starken Schnürung entsprechend zeigen sich nicht bloss die beiden Unterkieferhälften *dd* noch getrennt, sondern zwischen denselben auch noch ein kleines os intermaxillare mandibulae, wie es sich sonst nur noch in dem Hecker'schen Falle (siehe Figur 17 und 18) nachweisen liess.

Fig. 16a. Path.-anat. Institut München.

Erklärung. *a* Mund. *b* linkes Ohr.

Die Frucht aus dem pathologischen Institut hierselbst zeigt eine Länge von 42,5 cm, einen Kopfumfang von 28 cm, ein Gewicht (als Spirituspräparat) von 1285 g, entspricht also offenbar auch einem Alter von 8 Monaten. Situs inversus ist nicht bei derselben vorhanden und weiteres über die Eltern derselben nicht bekannt. Denken wir uns auch in diesem Falle eine amniotische Schlinge — etwa gleich derjenigen wie wir sie in No. II Figur 3 abgebildet haben — von der Placenta zur einen Seite des kindlichen Kopfes gespannt und durch eine Längsdrehung des Embryo die untere Gegend des Gesichtes über die Schlinge geschoben und letztere mit zunehmender Drehung des Kindes stärker gespannt und einschneidend, so kommt durch ihr Herabgleiten die Abplattung der Nase, des Oberkiefers, die Kleinheit des Mundes, die Compression der Ohren, die tiefe Rinne, wie sie Figur 16b und a so gut erkennen lassen, dann die Atrophie der Mandibula, die Stenose des Pharynx, die Verschiebung u. Verticalstellung der Zunge und die Prominenz der untern Weichtheile des Halses in leicht erklärlicher Weise zu Stande.

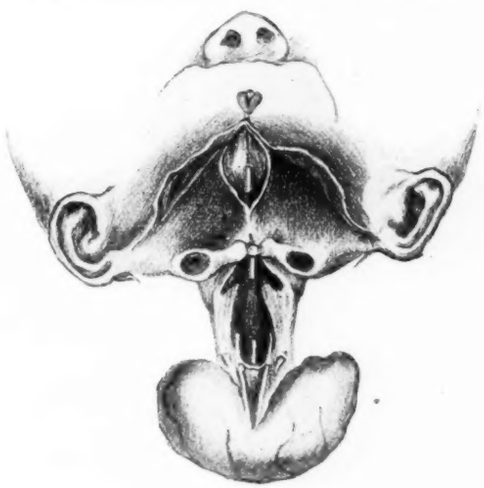
Fig. 16b.
Präparat des Münchener path.-anat. Instituts.

Der Güte des Herrn Prof. Rüdinger verdanke ich endlich als letzten und besten Beweis für die Richtigkeit meiner Auffassung die Kenntniss eines Knaben von 16 Jahren, der neben den Missbildungen beider Hände und Füsse, welche zweifellos durch amniotische Fäden entstanden sind (s. Figur 19 und 20), einen abnorm kleinen Mund und eine Atrophie des Alveolarrandes des Unterkiefers zeigt. Letztere, in Form einer seichten, dem Zahnrande parallelen Rinne, ist verbunden mit einer Einschnürung der Zunge (in Fig. 20 herausgestreckt) und lässt uns so die allerersten Anfänge, die geringsten Folgen einer solchen Schnürung erkennen, deren Entstehung durch ein amniotisches Band in diesem Falle um so wahrscheinlicher ist, als dieselben ja sehr oft in der Mehrzahl vorkommen und die hier vorliegende Finger- und Fussverstümmelung beiderseits gewiss keine andere Deutung zulässt. Wenn wir jetzt also dem Grade der Verunstaltung nach die bisher bekannt gewordenen Fälle von den geringsten bis zu den schwersten übergehend gruppiren sollten, so würde der geringste Grad dieser letzte sein — wo nur eine Furche am Kiefer ist; dann käme der Fall von Mikrognathie von Koblanck (Ztschr. für Gebh. und Gynäkol., XXXIII. Heft 3), in welchem der Knabe über 16 Tage alt wurde; dann folgten die Fälle von Würzburg (Hesselbach), München (II. und III), demnächst die Fälle von Hecker und endlich die allerschwersten wären die Fälle von G. Braun, Otto, Guerdan, Hecker und derjenige der pathologisch-anatom. Sammlung Münchens.

Fig. 17. Fall von Hecker.

Bekanntlich kommt die sogenannte Agnathie auch im Thierreich und namentlich beim Lamm vor. Ein besonders glücklicher Zufall fügte es nun, dass Herr Prof. Dr. Rückert uns eine kleine Katze mit einer solchen Missbildung übersenden konnte, bei welcher sich — ebenso wie in dem von Arnold (Virchow's Archiv Band XXXVIII, S. 145) veröffentlichten Fall — auch unterhalb der Ohren ein schwappender Sack (Figur 21) fand, der eine grosse Menge Flüssigkeit enthielt und

Fig. 18.
Fall von Hecker, Os intermax. mandibulae.



dem atretischen Pharynx entsprach (s. Figur 22). Wie letztere Figur zeigt, ist das Unterkieferrudiment, welches synostotisch mit der Basis cranii verbunden ist, dem bei menschlichen Missbildungen dieser Art sehr ähnlich, also auch hier keine Agnathie, sondern Atrophie der Mandibula vorhanden. Herrn Prof. Dr. Rückert aber sage ich bei dieser Gelegenheit den besten Dank für seine Unterstützung durch ein so seltenes Präparat.

IV.

Eine angeborene Einschnürung des Penis und Atresia ani.

Die letzte Ihnen vorzulegende Missbildung eines Neugeborenen ist die allerseltenste. Dieses Kind ist von einer 39 jährigen Arbeitersfrau als 13. am 4. Juni 1895 zur Welt gebracht worden (s. Figur 23). Es ist 43,5 cm lang, 2300 g schwer, also etwa 8½ Mondsmonate alt und zeigt auf den ersten Blick eine sehr bedeutende Vergrösserung des Penis, dessen Länge mit dem Scrotum 5,4, ohne dasselbe 3,5 cm misst. Die Peripherie des Penis an der Wurzel ist 4,0, an der Glans mit dem Präputium 7 cm. Das Scrotum noch leer, zeigt eine tiefe Furche. Die Eichel liegt zur Hälfte frei, das Präputium und die Haut der Ruthe ist auf eine Strecke von etwa 2 cm stark verdickt und gerunzelt. Die Harnröhre befindet sich an der gewöhnlichen Stelle und mit einer dünnen Sonde kann man bis zur Pars membranacea eindringen. Hinter dem Scrotum ist nirgendwo eine Vertiefung oder eine Oeffnung — es ist also gleichzeitig Atresia ani vorhanden. Bei der Eröffnung des Abdomens zeigten sich die Hoden beide noch in der Bauchhöhle. Rectumflexur und Colon descendens waren sehr stark durch Meconium ausgedehnt. Das Rectum inserirt, in einen dünnen Strang verwandelt, an der linken Seite des Blasengrundes, nahe dem Lietaud'schen Dreieck und zwar unterhalb der beiden Ureteren. Die Innenfläche der Blase ist glatt, der Mastdarm mündet nicht in dieselbe, die Ureterenmündungen sind beide durchgängig, ebenso kann man die Harnröhre mit einer feinen Sonde von der Blase aus in ihrer ganzen Länge passiren.

Die Ureteren sind bleistiftdick und sehr stark geschlängelt, besonders der linke.

Die Nieren sind ungewöhnlich klein, nur nussgross.

Während ein vollständiger Mangel des Penis schon beobachtet wurde (Nélaton, Gaz. des hôpitaux 1854, 28. Janvier, p. 45), ist ein vielleicht dem unserigen ähnlicher Fall bekannt und von Joh.

Fig. 19.

Fig. 20

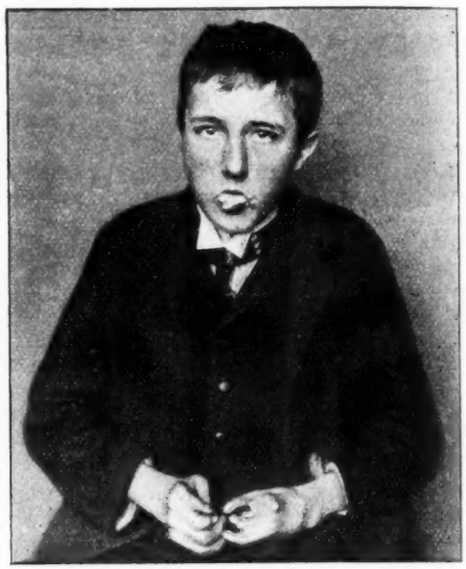
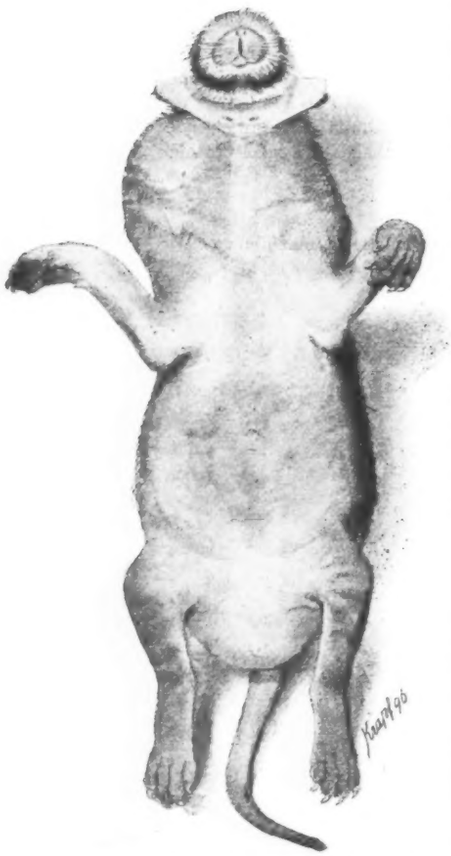
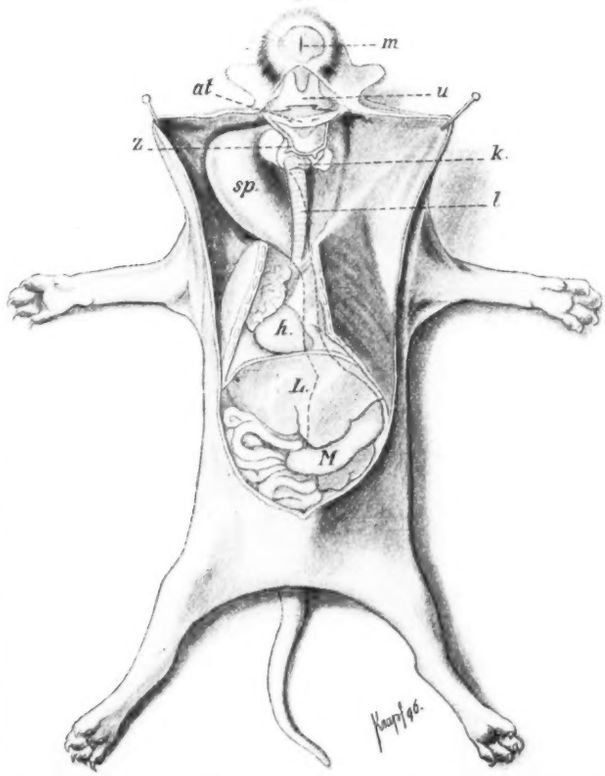


Fig. 21.



Ein neugebornes Kätzchen mit Mikrostoma

Fig. 22.



Erklärung: *m* Mund. *u* Unterkiefer. *z* Zungenbein. *sp* Speiseröhre *k* Kehlkopf. *l* Trachea. *at* Atresia phar. *h* Herz. *L* Leber.

Friedr. Blaun [14]) publicirt worden. Hiernach soll ein Soldat der mit einem aussergewöhnlich grossen Penis behaftet war, «a matre sua intelexisse quod eum cole majore dotatum genuerit». Von seinem Gliede heisst es: «penis quippe ad genua usque propendebat tantae longitudinis et rotundae latitudinis ut major existeret, quam veretrum equi turgidum! subjacebant duo testiculi scroto inclusi duplicis pugni magnitudinem aequantes!» u. s. w. In diesem Falle läge es nahe, eine angeborene Hypertrophie des Penis anzunehmen; sicher bewiesen aber ist sie nicht; dagegen scheint dies in den beiden von Ahlfeld (Missbildungen l. c. S. 144) citirten Fällen wirklich zutreffend zu sein.

Man könnte nun zunächst der Ansicht sein, dass hier eine durch Elephantiasis bewirkte Vergrösserung des Gliedes vorläge. Indessen diese Ansicht lässt sich bestimmt widerlegen, dadurch, dass weder Präputium und Frenulum, noch die Glans penis Papillarhypertrophien, oder Knoten, oder Oedeme erkennen lassen, sondern allseitig gleichmässig vergrössert, weich und verschieblich sind, und dass diese Vergrösserung auch die Corpora cavernosa urethrae ganz gleichmässig betroffen hat. Man könnte ferner, wegen der Atresia ani und Verwachsung von Rectum und Blase an entzünd-

Fig 23.

Angeborene Vergrösserung des Penis.

liche Veränderungen der Beckenorgane als Ursache für diese so äusserst seltene Hypertrophie des Penis denken; dann wäre dieselbe eine analoge Hypertrophie zu jener in unserer Klinik [15]) beobachteten intermediären Hypertrophie der Cervix mit angeborenem Prolapsus uteri, welche mit einer Spina bifida sacralis vereint vorkam. Man müsste sich dann vorstellen, dass durch permanente Reizung der Nerven des sogenannten Erections- und Ejaculationscentrums, das sich im Lumbalmark befindet und dem Abschnitte des 2.—4. Sacralnerven angehört, in Folge der im kleinen Becken des Fötus vorhandenen Entzündungszustände, ebenso wie bei entzündlichen Localaffectionen der Urethra, bei gleichzeitig reflectorisch ausgelösten Contractionen der Musculi ischio- und bulbocavernosi und des Transversus perinaei, welche die Venen des Gliedes comprimiren und in dem fluxionär angefüllten Gliede eine venöse Stauung bewirken — mit andern Worten, durch längerdauernde Zustände, wie sie sich beim Priapismus Erwachsener finden, vielleicht diese intrauterine Hypertrophie des Penis entstehen könne. Mit dieser Auffassung liessen sich aber mehrere Befunde an unserm Präparat nicht gut in Einklang bringen, namentlich eine ringförmige seichte Furche [16]) nahe der Wurzel des Penis und auch die so starke Vergrösserung und Schwellung des Präputiums [17]). Beide sprechen bei weitem mehr dafür, dass auch hier nicht innere, im Becken gelegene Ursachen, sondern äussere, den Penis direct treffende, wohl für die Hypertrophie verantwortlich gemacht werden müssen, wobei man sich die einschnürende, den Rückfluss des Blutes hindernde Kraft natürlich als eine, wenn auch langdauernde, doch verhältnissmässig geringe denken muss.

Wenn man aber einen in neuester Zeit von Zedel [18]) veröffentlichten Fall von penisartiger Verlängerung der Vulva neben Atresia ani, Persistenz der Cloake und Uterus bicornis unicollis mit dem unseren vergleicht, so muss man auf Grund des Zedel'schen Falles, der entschieden an eine Entstehung durch amniotische Bänder denken lässt, die letztere auch in unserem Falle wiederum als Uebelthäter für nicht unmöglich erachten. Jene oben erwähnte Furche und die fast ödematöse Schwellung der Vorhaut und der auffällige Unterschied zwischen den von der Furche peripher und central gelegenen Theilen des Penis fände bei dieser Annahme eine ungezwungene Erklärung. Sehr ähnlich der unserigen ist auch die Beobachtung von P. Strassmann [19]), der in einem Fall von völligem Mangel des Fruchtwassers eine beträchtliche Verunstaltung des Penis fand, insofern, als die Glans freilag und bläulichschwarz verfärbt war; das Präputium war ödematös geschwollen, so dass das Organ das Bild der Paraphimose gewährte. An der Insertion des Scrotum am Penis befand sich — ganz wie bei unserm Fall — eine Furche, mit der das Oedem abschloss. Aber — in Strassmann's Fall erklärte sich das Verhalten des Penis dadurch, dass der rechte Klumpfuss unter dem Scrotum gelegen hatte, so zwar, dass der Penis zwischen der grossen, übermässig abducirten Zehe und der zweiten Zehe comprimirt wurde, während der linke Klumpfuss über dem Gliede gelegen hatte. Und die Stauung im Penis war offenbar erst während der Geburt entstanden. Solche Ursachen liessen sich aber in unserem Falle durchaus nicht nachweisen. Ob also hier etwa durch die Nabelschnur oder durch Druck der mütterlichen Weichtheile oder durch Compression mittelst der zusammengeklemmten Schenkel oder durch ein amniotisches Band die Veränderung entstanden ist, kann auch nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit eruirt werden.

[14]) Acad. nat. curios. ephemer. Frankfurti et Lipsiae 1712. I—II, p. 337.
[15]) s. Schaeffer, Archiv f. Gynäk. Bd. 37, Tafel VII, Fig. 14a
[16]) *a* in Figur 23.
[17]) *b* in Figur 23.
[18]) Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 32, Heft 2.
[19]) Zeitschr. f. Geburtshilfe XXVIII, 181.

Feuilleton.

August Tuppert. †

Am 8. April d. Js. verschied in Wunsiedel der k. Medicinalrath und Bezirksarzt a. D., Dr. August Tuppert. Er war geboren am 28. Juni 1819. Sein Vater war der auf der landärztlichen Schule in Bamberg vortrefflich geschulte und durch weiteres Studium auf der Höhe eines gründlich gebildeten Arztes stehende Landarzt Christian Tuppert daselbst. Schon dieser entwickelte eine hervorragende Thätigkeit auf dem Gebiete der Heilkunde, insbesondere in der Chirurgie, Augenheilkunde und Orthopädie. Bereits im Jahre 1837 führte er die Resection und Exarticulation einer Unterkieferhälfte aus und nach den Veröffentlichungen Stromeyer's über die subcutane Tenotomie machte er diese Operation in unzähligen Fällen mit dem besten Erfolge.

Die Vorzüge des Vaters, die körperliche Rüstigkeit, die geistige Begabung, die Energie und die Arbeitslust gingen auch auf den Sohn über. Derselbe bezog im Herbst 1839 die Universität Erlangen, Ostern 1841 die Universität München. Nach bestandener theoretischer Prüfung brachte er das vorgeschriebene Biennium practicum zur Hälfte in Wien und Prag, zur Hälfte in München zu. Im Jahre 1845 bestand er das Staatsexamen daselbst vorzüglich gut und ein Jahr später erhielt er die Stelle eines praktischen Arztes in Wunsiedel. Hier entwickelte er im Verein mit seinem Vater eine ausgezeichnete ärztliche Thätigkeit.

Schon nach wenigen Monaten hatte er sich ein grosses Vertrauen beim Publicum erworben, und nur seiner bedeutenden Arbeitskraft gelang es, das übernommene mächtige Material zu bewältigen. Man muss gesehen haben, wie an jedem Vormittage die grossen Vorräume seines Arbeitszimmers mit Hilfesuchenden besetzt waren, man muss es aber auch gesehen haben, mit welcher Gewandtheit und Frische er sich täglich der grossen Arbeitslast entledigte. Die Nachmittage und zum grossen Theile die Nächte benutzte er zu auswärtigen Krankenbesuchen.

Im Jahre 1869 wurde er zum k. Bezirksarzt in Wunsiedel ernannt, und auch in der amtsärztlichen Eigenschaft entwickelte er eine vortreffliche Thätigkeit: Seine Gutachten über hygienische Verhältnisse wurden von den Behörden sehr geschätzt, ebenso wurden seine Gutachten in gerichtlichen Fällen stets als vorzüglich bezeichnet. Seit 1876 war er Mitglied des Kreismedicinal-Collegiums und gehörte demselben bis zum Jahre 1888 an. Im November 1878 wurde ihm Titel und Rang eines k. Medicinalrathes verliehen, im Februar 1890 wurde ihm nach zurückgelegtem 70. Lebensjahre der nachgesuchte Ruhestand gewährt, und im Dezember desselben Jahres ernannte ihn seine Vaterstadt Wunsiedel zum Ehrenbürger. Bei Gelegenheit des 50 jährigen Doctorjubiläums im Jahre 1893 machte ihn der ärztliche Bezirksverein Hof in Anerkennung seiner Verdienste zu seinem Ehrenmitgliede.

Aus hinterlassenen Notizen über sein Leben erfahren wir, dass er 100 Herniotomieen und gegen 300 künstliche Entbindungen, ferner in seiner Privatheilanstalt in jedem Jahre mehrere Staaroperationen und viele andere Augenoperationen ausführte. Er behandelte in 40 Jahren nahezu 600 Fälle von Klumpfuss und machte mehr als 1000 Sehnenschnitte.

Neben dieser aufreibenden Thätigkeit studirte er eifrig die neuen Fortschritte in der Wissenschaft und mit wunderbarer Auffassungsgabe und Geschicklichkeit wusste er die neuen Entdeckungen sofort praktisch zu verwerthen. In verschiedenen medicinischen Zeitungen schilderte er seine wichtigsten Erfahrungen, zum grössten Theil in der Münchener Medicinischen Wochenschrift. Im Jahre 1867 schrieb er für die Letztere über Metritis, ferner über Arterienthrombose; 1870 über Herniotomieen, 1884 über Tetanus, 1885 über Genu valgum, 1887 über intermittirende Kniegelenksentzündung, 1889 über Extrauterinschwangerschaft und endlich 1892 über Klumpfussbehandlung.

Ausser dieser amtlichen und ärztlichen mag auch noch kurz seiner Thätigkeit im bürgerlichen Leben Erwähnung geschehen. Er war 14 Jahre lang ein eifriges Mitglied des Magistrats-Collegiums. Wo es sich um die Verbesserung der städtischen Verhältnisse handelte, war er stets mit Rath und That zur Hand, aber auch, wo es Noth zu lindern, wo es Thränen zu trocknen galt, konnte man immer auf seine Mildthätigkeit rechnen. Auch suchte er gern die Gesellschaft lieber Freunde auf und durch sein reiches Wissen, durch die Anregung zu wissenschaftlichen und politischen Gesprächen sowie durch sprudelnden Witz machte er die Unterhaltung stets zu einer anregenden und schönen.

Nach gethanem Tagewerk bot ihm die beste Erholung und schönste Befriedigung der Aufenthalt im Kreise der geliebten Seinigen; er fühlte sich bis zu seinem Ende glücklich durch seine Familie. Jedoch ein dauerndes und vollkommenes Glück soll es nicht geben: Krankheit fesselte ihn in den letzten Jahren häufig an das Bett, und seit 5 Monaten liessen in Folge von Gallensteinkoliken und Appetitstörungen die früheren Kräfte nach, und eine nur 3 tägige Influenza führte am 8. April das Ende herbei, kurz vor vollendetem 77. Lebensjahre.

Die Theilnahme an seinem Leichenbegängnisse war so recht ein Zeichen für die Beliebtheit und Verehrung, deren sich der Verstorbene stets erfreut hatte. Von Nah und Fern waren seine Freunde und Collegen gekommen, um ihm die letzte Ehre zu erweisen. Im Namen des ärztlichen Bezirksvereins Hof legte Herr Bahnarzt Dr. Franck (Hof) mit herzlichen Worten der Anerkennung und des Dankes einen prächtigen Lorbeerkranz am Grabe nieder. — Der ärztliche Bezirksverein Hof verliert in dem Dahingeschiedenen sein ältestes und wohl auch tüchtigstes Mitglied, dessen Andenken stets bei allen Collegen unvergesslich sein wird.

Dr. Theile.

Die „Vereinigung zur Fürsorge für kranke Arbeiter" zu Leipzig und die Lungenheilstätten.

Von Dr. *Georg Liebe* in Geithain (Sachsen).

In dem Bewusstsein, dass unsere socialpolitischen Gesetze, so grossartig sie in Anbetracht ihrer Eigenschaft als Versuche ohne Vorbild sind, doch noch keineswegs ideale genannt werden können und noch mancherlei Härten aufweisen, hat sich in Leipzig eine Anzahl hervorragender Volksfreunde zu einer Vereinigung obigen Namens zusammen gethan, einer Vereinigung, welche nicht nur locales städtisches Interesse hat, sondern als Vorbild für andere Städte und als Fingerzeig für die Weiterausbildung der betreffenden Gesetze angesehen werden darf. Sie bezweckt a) Krankengeld zu gewähren, wenn die statutarische Unterstützung aufhört, b) die Familie zu unterstützen, wenn der Ernährer zur Heilung auswärts Aufenthalt nehmen muss, c) Verpflegungsgelder zu geben bei Aufnahme von Familienangehörigen in Krankenhäuser, d) Wöchnerinnen zu unterstützen, wenn diese keinen gesetzlichen Anspruch haben, e) ebenso Sterbegeld zu geben, f) «sonstige Unterstützungen», dazu ferner Belehrung der Arbeiter in einschlägigen Fragen zu bieten.

Zu diesem Zwecke haben im ersten Jahre 690 Geber 22367 Mk. einmalige Gaben und 207 Geber 5933 Mk. jährliche Beiträge gezahlt.

Mit Recht wendet diese Vereinigung den Heilstätten für unbemittelte Lungenkranke ihr Augenmerk zu. Sie hat diese Frage eingehend behandelt in der Denkschrift «Ueber die Nutzbarmachung von § 12 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes». Kommt man doch bei dem spärlichen Eingange von Privatspenden für die Heilstätten, welche wir heute nicht mehr als empfehlenswerth, sondern einfach als dringend nöthig bezeichnen müssen, immer wieder auf die colossalen Mittel der Invaliditätsversicherungs-Anstalten zurück. Wenn bei diesen Anstalten nicht in nächster Zeit eine Herabsetzung der Beiträge eintritt, werden sie am Anfange des nächsten Jahrhunderts über so enorme Mittel verfügen, dass die paar Lungenheilstätten gar nicht mehr in's Gewicht fallen. Um so weniger sollten diese Institute zögern, dem begeisterten und begeisternden Vorgehen des Directors der Hanseatischen Anstalt, des Herrn Gebhardt, nachzueifern. Indessen sind es zur Zeit erst einige wenige, welche wirklich Ernst mit dem Bau machen (vergl. die Uebersicht in der genannten Denkschrift. Auch Liebe, Hygien. Rundschau No. 17, 1895),[1]) und alle Freunde der Angelegenheit werden es mit Freuden begrüssen, dass die Vereinigung denen, die es angeht, mit recht eindringlichen Worten auf den Pelz rückt.

Der Worte sind genug gewechselt,
Lasst mich auch endlich Thaten sehn! —
Euch ist bekannt, was wir bedürfen —
Und keinen Tag soll man verpassen;
Das Mögliche soll der Entschluss
Beherzt sogleich beim Schopfe fassen.

Ausser diesem «Schieben und Schergen» in dieser Frage arbeitet aber die Vereinigung noch in weiteren Punkten mit den Volksheilstättenleuten Schulter an Schulter. Wie schon angedeutet, will sie den Arbeiter berathen. «Es hat sich bei den Untersuchungen der uns zukommenden Bittgesuche vielfach herausgestellt, dass die Arbeiter bei weitem nicht genügend Bescheid darüber wissen, welche Segnungen durch die socialpolitische Gesetzgebung verbreitet werden; insbesondere sind die Wohlthaten des Invaliditäts- und Alters-Versicherungsgesetzes noch ziemlich unbekannt.» Das wird jeder Arzt unterschreiben. Man muss öfter die wichtigsten Punkte dieser Gesetze gemeinverständlich durch Wort (z. B. in Volksunterhaltungsabenden) und Schrift (in der Tagespresse) schildern, um dem in solchen Sachen sehr schwerfälligen Volke zum Bewusstsein zu bringen, was es eigentlich für seine Beiträge zu verlangen berechtigt ist. Die naturgemässe Berathungsstelle, die Krankenkasse des Ortes ist nicht immer die geeignete, vor allem wenn der, den Verkehr mit den Leuten vermittelnde Beamte (wie es vorkommen «soll») grob ist. Darum wird es die Arbeiterwelt einer solchen Vereinigung Dank wissen, wenn sie ihr zur Berathung, zur Abfassung von Gesuchen u. s. w. zur Seite steht.[2])

Zweitens sorgt die Vereinigung sowohl für Belehrung der Arbeiter über die ersten Anzeichen beginnender Lungenschwindsucht (Flugblatt, zusammengestellt von der hanseatischen Versicherungsanstalt, herausgegeben von der Vereinigung), als auch durch Vertheilung von «Rathschlägen für Lungenkranke» (ebenso) dafür, dass die Arbeiter vor, während und nach der Cur vernunftgemäss, möglichst ihrer Gesundung dienend, leben. Es kann nicht genug betont werden, dass die frühzeitige Diagnose und dazu natürlich das früh-

---

[1]) Eine Uebersicht über den diesjährigen Stand der Frage ist in Arbeit.

[2]) Die Anstellung von »Vertrauensärzten» bei einem derartigen weitgreifenden Unternehmen, ein Unrecht gegen die anderen Aerzte, wird von den Arbeitern sehr bitter empfunden, denn es fällt ihnen nicht leicht, nachdem sie ihr Krankenkassenarzt 13 Wochen behandelt und wohl in manchen technischen Fragen berathen hat, plötzlich zur Ausstellung des Zeugnisses zu einem ganz fremden, mit dem Gange der Krankheit nicht bekannten Arzte zu gehen. Es sollte, das wäre naturgemäss und gerecht, jedem Krankenkassenarzte freistehen, derartige Zeugnisse (auf Kosten der Anstalt) auszustellen.

zeitige Aufsuchen des Arztes Grundbedingungen für erspriessliche Anstaltsbehandlung sind.

Endlich ist es ein dritter — der wichtigste – Punkt, der sich der Sympathie der Vereinigung erfreut, die Versorgung der Angehörigen, während der Kranke in der Anstalt ist Daran scheitert schon jetzt immer der Vorschlag des Arztes, sich in ein Krankenhaus zu begeben, dass dann das, die Familie wenigstens kümmerlich mit unterhaltende Krankengeld wegfällt. Nun hat zwar die Vorstandsconferenz der Invaliditäts-Versicherungs-Anstalten in Berlin beschlossen: «Die Versicherungsanstalten können den Angehörigen des auf Kosten der Versicherungsanstalt in einem Krankenhause oder sonst ausserhalb der Familie untergebrachten Versicherten, für deren Unterhalt der Erkrankte bisher gesorgt hat, eine nach freiem Ermessen festzusetzende Unterstützung bewilligen», aber einmal thun die Anstalten nicht alle das, was sie «können» (soll wohl heissen «dürfen»), und zweitens würde, selbst wenn sie es zu thun bereit sind, dadurch eine, die Unwissenheit und das Ungeschick der Arbeiter hierin ausgleichende Thätigkeit der Vereinigung noch nicht überflüssig. Für solche Fälle aber, in denen die Anstalt nicht eintritt, gewährt die Vereinigung das unumgänglich zum Leben Nöthige. Die Leipziger gab 1895 dafür (siehe oben b) 127 Mk. aus, gewiss eine noch recht mässige Summe im Gegensatze zum Bedürfnisse. Man hat das auch allenthalben anerkannt; so sagt Freund (Arbeitersanatorien, Sociale Praxis No. 34, 1895): «Die Gewährung der Familienunterstützung ist eine sehr wichtige Voraussetzung für die wirksame Durchführung der Sanatorienfrage». (Vergl. meine Schrift «Ueber Volksheilstätten für Lungenkranke», Breslau 1895, S. 55). Hierher gehört auch das Offenhalten der Stelle für den das Sanatorium aufsuchenden Arbeiter (S. Freund a. a. O. und Ascher, Die Lungenheilstätten der Invaliditäts-Versicherungsanstalten. Deutsche med. Wochenschrift No. 19, 1895).

Jedenfalls sehen wir, dass die «Vereinigung» einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Volksfürsorge bedeutet, wichtig genug, um sowohl bei den Aerzten als auch bei den Verwaltungsbehörden Beachtung zu verdienen. Sie lehrt uns aber auch wieder die alte Sache, dass die jetzige Einrichtung des gesammten Versicherungswesens ausser mancher Härte und manchem anderen Mangel den des Centralpunktes hat und dass es das Streben der Socialpolitiker sein muss, den ganzen aus mehreren Theilen nur zusammengeschweissten Bau durch Umguss zu einem einheitlichen zu machen. (Vergl. dazu Ascher, zur Vereinfachung des Reichsversicherungswesens. Zeitschr. f. soc. Medicin, Band I, Heft 4).

Referate und Bücheranzeigen.

Max Wellmann: Die pneumatische Schule bis auf Archigenes. Philologische Untersuchungen, herausgegeben von A. Kiessling und U. v. Wilamowitz-Moellendorff. 14. Heft. Berlin, Weidmann, 1895, pag. 237.

Der Verfasser macht uns in seiner Arbeit mit den Lehren der sogenannten pneumatischen Schule bekannt. Das Buch besteht aus einer Einleitung und zwei Theilen. In der Einleitung wird die äussere Geschichte der pneumatischen Schule dargestellt, und das Leben und Wirken der Aerzte: Athenaios, Agathinos, Theodorus, Magnus, Herodot (nicht zu verwechseln mit dem skeptischen Philosophen gleichen Namens), Leonidas, Apollonius von Pergamon, Heliodor und Archigenes besprochen. Der erste Theil des Buches umfasst die Quellen für das System der pneumatischen Schule. In dem Capitel Aretaios, in dessen Schriften die Theorien der Pneumatiker enthalten sind, zeigt der Verfasser, dass die Hauptquelle in Bezug auf Aetiologie und Therapie der Elephantiasis (Leontiasis, Satyriasis, Krankheit des Herakles), der Darmverschlingungen, der Pleuritis, verschiedener Arten von Kopfschmerz, der Lungenentzündung, der Epilepsie Archigenes ist, dessen Grundsätze für die Folgezeit massgebend wurden. Ein weiterer Abschnitt im ersten Theil des Buches beschäftigt sich mit der fälschlich dem Galen zugeschriebenen Schrift ὅροι ἰατρικοί, in welcher eine reichliche Ausbeute für die Doctrin der Pneumatiker, namentlich in Bezug auf die Pulslehre des Archigenes, die pneumatische Chirurgie, das Wesen der Cholera, des Tetanus etc. zu finden ist.

Der Verfasser erörtert dann eigene Schriften des Galen, welche, obgleich dieser Arzt seine Quellen nur dann angibt, wenn er gegen sie polemisirt, zur Beförderung der Kenntniss der pneumatischen Lehren, namentlich des Fiebers, hysterischer Leiden, der Anatomie und Physiologie der Geschlechtsorgane und der Entstehung der Geschlechtsunterschiede beitragen. Den Schluss des ersten Theiles bildet die kritische Erörterung der Schriften des Oribasius und Aetius, in denen sich die umfangreichsten Excerpte aus den verlorengegangenen Schriften der pneumatischen Aerzte befinden. — Im zweiten Theile des Buches beschäftigt sich der Verfasser mit dem System der pneumatischen Schule. Der Abschnitt über die Physiologie bespricht die Lehre vom Pneuma, der Kraft, die Alles belebt, beseelt und zusammenhält; ferner die Lehre von der Zeugung und Entwickelung. In der Pathologie werden die verschiedenen Krankheitserscheinungen, welche aus der Anomalie des Pneuma entspringen, die Fieberlehre und die hohe Ausbildung der Pulslehre der Pneumatiker, insbesondere des Archigenes, geschildert. In der Diätetik und Therapie wird gezeigt, dass hierin das Hauptverdienst und der Schwerpunkt der pneumatischen Schule liegt. Interessant ist die Darstellung der Ansichten des Athenaios über hygienische Fragen aller Art. Die Vorschriften, welche Athenaios über körperliche und geistige Erziehung der Jugend gibt, enthalten Anknüpfungspunkte für die heutige Schulhygiene und manche moderne Schulbehörde könnte daraus profitiren. Der genannte Arzt verlangt, «dass die Pädagogen und Schulvorsteher erfahrene Männer seien, damit sie ihren Zöglingen das richtige Maass und die rechte Zeit der Nahrung, der körperlichen Uebung, der Bäder, des Schlafes u. s. w. vorschreiben können».

Der Verfasser hat durch seine geistvolle Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Geschichte der Medicin, insonderheit der Pulslehre geliefert. Die klare und gefällige Darstellung macht die Lectüre des Buches zu einer sehr anregenden. Griesbach.

Die hygienischen Anforderungen an ländliche Schulen. Nebst einem Anhange über die hygienischen Verhältnisse der ländlichen Schulen aus 4 Kreisen des Regierungsbezirks Liegnitz. Von Dr. **Solbrig**, königl. Kreiswundarzt in Liegnitz. Frankfurt a. M. Verlag von Johannes Alt. 1895.

Eines der wichtigsten Capitel der Gesundheitspflege ist wohl die Schulgesundheitspflege, die Sorge für das Wohl der heranwachsenden Generationen zu einer Zeit, wo in Folge der nothwendigen geistigen Ausbildung eine Reihe schwerwiegender schädlicher Einflüsse den in der Entwicklung begriffenen jugendlichen Organismus bedrohen, deren Abwehr oder möglichste Beschränkung eine der schwersten aber auch lohnendsten Aufgaben des Hygienikers ist. Der beste Beweis für die hohe Bedeutung des Themas ist die vielseitige, reichhaltige Bearbeitung desselben in der Literatur aller Sprachen, in jeder möglichen Form, und reiht sich vorliegende Arbeit würdig allen bisherigen Schriften über die Schulgesundheitspflege an. In richtiger Würdigung der ganz wesentlichen Unterschiede zwischen Stadt und Land auf dem Gebiete der Schulen, sowohl was das zu beobachtende Menschenmaterial als was die so bedeutend verschiedenen äusseren Verhältnisse betrifft, hat Verfasser die Anforderungen einer zeitgemässen Hygiene an die ländlichen Schulen, ihre innere und äussere Einrichtung, den Unterricht selbst, den Schutz gegen Krankheiten und die äusserst wichtige ärztliche Aufsicht über die Schulen im Haupttheile seiner Arbeit erschöpfend zusammengestellt und ist dabei allen neuesten Anforderungen der Theorie an die Schulen vollkommen gerecht geworden. Zugleich hat Verfasser aber auch diesen seinen theoretischen Forderungen sofort eine eminent praktische Bedeutung gegeben, indem er im zweiten Theile der Schrift die hygienischen Zustände der Schulen in den ländlichen Bezirken von 4 Kreisen des Regierungsbezirks Liegnitz: Liegnitz, Hirschberg, Hoyerswerda und Grünberg schildert und an diese lebenswahre Schilderung die Forderungen knüpft, welche eine den Verhältnissen auf dem Lande maassvoll Rechnung tragende Hygiene zu deren Aufbesserung stellen muss. Es war eine mühsame Arbeit, 208 Schulen dieser Bezirke nach allen möglichen Richtungen zu prüfen und zu vergleichen; es wird die Klasseneintheilung tabellarisch zusammengestellt, ebenso die Schülerzahl nach Altersclassen getrennt; es wird die Bauart der 208 Schulgebäude verglichen, wobei die erfreuliche Thatsache zu constatiren ist, dass 177 Schulgebäude massiv gebaut sind; auch das Alter dieser Schulgebäude ist erforscht worden, von welchen 2 noch aus dem 13. Jahrhundert stammen. Untergrund, Wände, Lehrerwohnungen, Turnplätze, Aborte, Wasserversorgung, Lage, Grösse und Anzahl der Schulzimmer, Vertheilung der Fenster und Qualität der Belichtung, die Heizanlagen, die Ventilation, die Schulbänke, alle diese Verhältnisse finden sich tabellarisch zusammengestellt und verglichen, eine Bienenarbeit, welche gerade durch ihre erschöpfende Genauigkeit einen wahrheitsgetreuen Einblick

in die Verhältnisse ländlicher Schulen gewährt. Die Beseitigung der hervorgehobenen Missstände ist dadurch jedenfalls wesentlich erleichtert, wenn auch die Rücksicht auf die Finanzen der Gemeinden für die Durchführung von Verbesserungen nur ein schrittweises Vorgehen gestattet. Jedenfalls verdient die Arbeit die Beachtung aller Schulfreunde.

Dr. Brauser-Regensburg.

Das Gesichtsfeld. Ein Handbuch für Augenärzte, Neurologen, praktische Aerzte und Studirende von Dr. med. **Karl Baas,** Privatdocent und 1. Assistent an der Universitäts-Augenklinik zu Freiburg i. B. Mit 100 Figuren im Texte. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1896.

In der Einleitung zu seinem einem praktischen Bedürfnisse entsprechenden Buche gibt Verfasser zuerst eine Geschichte der Gesichtsfelduntersuchung und der dazu verwendeten Instrumente und bespricht nach den durch drei gut ausgewählte schematische Zeichnungen übersichtlich gemachten anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen das normale Gesichtsfeld und die blinden Flecke desselben nebst den gebräuchlichen Untersuchungsmethoden. Für das pathologische Gesichtsfeld macht er die pathologisch-anatomische Grundlage zum Eintheilungsprincip und erörtert an der Hand dieses das klinische Bild mit seinen einzelnen Erscheinungen. Die vielen beigegebenen Gesichtsfeldzeichnungen gehören sämmtlich zu eigenen Beobachtungen des Verfassers und sind rein schematischen Darstellungen gewiss vorzuziehen, um so mehr, als sie ziemlich erschöpfend sämmtliche Alterationen des Gesichtsfeldes zur Anschauung bringen. Wenn auch daneben nicht die ganze Casuistik mitgetheilt wird, so sind doch von bis jetzt noch seltenen Gesichtsfeldanomalien alle Einzelbefunde aufgeführt und die wichtigste einschlägige Literatur am Schlusse jedes Abschnittes angefügt.

Eigene neue Beobachtungen und scharfsinnige Erklärungen machen zudem das gut ausgestattete Buch zu einer anregenden und belehrenden Lectüre für alle die Kreise, für welche Verfasser es berechnet hat.

Seggel.

Neueste Journalliteratur.

Archiv für klinische Chirurgie. 52. Band, 2. Heft.

1) Vollbrecht: **Ueber Hydrocele bilocularis intraabdominalis.** (Chirurg. Klinik Breslau).

V. berichtet über einen von Mikulicz operirten Fall dieser seltenen Affection, bei der es bekanntlich sich um 2 mit einander communicirende Säcke handelt, von denen der eine im Abdomen, der andere im Scrotum oder in der Leiste liegt.

Die Ursache für diese Form, wie für viele Hydrocelen überhaupt, sucht V. auf Grund seiner Studien in dem Persistiren der Schläuche des Giraldes'schen Organes, des Restes vom Wolff'schen Körper.

Bei der Operation empfiehlt V. die von Mikulicz geübte Ausschälung der inneren serösen Auskleidung.

2) Graff: **Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung.** (Neues allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.)

Das von Murphy ersonnene einfache Instrument ermöglicht bekanntlich in ausserordentlich kurzer Zeit die Herstellung einer Anastomose zwischen zwei Hohlorganen. In Deutschland waren die Anhänger des Knopfes bisher nur sehr wenige, man bevorzugt die alten bewährten Nahtmethoden.

Die vorliegende Arbeit berichtet über 25 Fälle, in denen der Knopf angewendet wurde (14 Gastro-Enterostomien, 11 Enteroanastomosen bei Darmresectionen).

Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen den Murphy-Knopf als ein ausgezeichnetes Ersatzmittel der Darmnaht, das sich leicht und schnell, bei richtiger Technik auch gefahrlos anwenden lässt. Unangenehme Zufälle werden selten beobachtet. Zur Sicherung des Verfahrens empfiehlt es sich, über den Knopf eine Seidennaht anzulegen.

In einem Nachtrag berichtet G. über Uebelstände, die sich bei den weiteren Operationen nun doch herausgestellt haben. In einem Falle wurde der Knopf am 14. Tage bei der Autopsie im Magen gefunden — dasselbe war auch früher schon beobachtet worden — und in einem weiteren Falle hatte ein scharfer Rand des Knopfes den gespannten Darm gangraenescirt und eine Perforation verursacht. Ganz gefahrlos kann darnach das Verfahren nicht genannt werden.

3) Fischer: **Beiträge zur Pathologie der Thymusdrüse.** (Bergmann'sche Klinik Berlin.)

Bei einem 5jährigen, unter dem Krankheitsbilde des Lymphosarkoms (Hodgkin'sche Krankheit, malignes Lymphom) gestorbenen Knaben fand sich auch eine hochgradige sarkomatöse Erkrankung der Thymusdrüse. F. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass die Thymus als Ausgangspunkt der Erkrankung anzusehen sei.

4) Werckmeister: **Zwei Vorschläge für die unblutige Behandlung der Strictura recti.**

Auf Grund einer eigenen Beobachtung empfiehlt W. bei der Behandlung der Strictura recti nur mit Lumen versehene Bougies zu benutzen, durch die man zweimal im Tage etwa 100 ccm 5 proc. Borlösung in den oberen Theil des Rectum eingiessen kann. Die injicirte Flüssigkeit wirkt in für den Kranken sehr wohlthuender Weise verdünnend auf die Faeces und auf die ischorösen Secrete.

Ausserdem empfiehlt Verfasser, eine permanente Drainage des Rectum einzuleiten, dadurch, dass man ein Gummirohr in den unteren Theil des Rectum einführt, dasselbe liegen lässt und mit einer T-Binde befestigt. Durch die fortdauernde Ableitung des Secretes wird der Organismus vor der Resorption putriden Materials bewahrt, andererseits wird die Geschwürsfläche den örtlichen Einflüssen der Secrete entzogen. In des Verfassers Falle wurden auf diese Weise die Beschwerden des Kranken sehr wesentlich gemildert.

5) Narath-Wien: **Die operative Behandlung der Dünndarmgenitalfisteln mit besonderer Berücksichtigung der Darmausschaltung.**

Bei einer 32jährigen Bauernfrau war im Anschluss an einen Abort eine Darmscheidenfistel aufgetreten, so dass aller Koth bald nach der Nahrungsaufnahme durch die Vagina abfloss, und die Patientin in einen über alle Maassen elenden Zustand versetzt war. N. eröffnete die Bauchhöhle und fand zwei Dünndarmschlingen, eine vom Iejunum und eine vom Ileum, an das Scheidenrohr fest angewachsen. Von beiden Scheiden wurden die zu- und abführenden Schenkel abgetrennt und unter sich vereinigt. Die an der Fistel bleibenden Schenkel konnten wegen der ausserordentlich festen Verwachsungen nicht exstirpirt werden und wurden daher in die Bauchwunden eingenäht. Die Patientin erholte sich nach der erfolgreichen Operation in vortrefflicher Weise. Versuche, die in die Bauchwand eingenähten Schlingen zur Verödung bezw. zum Verschluss zu bringen, gelangen nicht vollständig.

An die Darstellung dieses höchst lehrreichen Falles schliesst Verfasser zunächst eine Besprechung der Darmgenitalanastomosen und ihrer Behandlung. Die zur Heilung der Darmscheidenfisteln in Betracht kommenden Operationen theilen sich in vaginale und abdominale. Die ersteren kommen nur bei gut zugängiger Fistel in Betracht. Bei dem abdominalen Vorgehen ist das idealste Verfahren die Darmresection. Kann diese nicht ausgeführt werden, so schreitet man zur Darmanastomose und zwar am besten, zur sicheren Vermeidung von weiterem Kothdurchtritt durch die Fistel, unter Zuhilfenahme der totalen Darmausschaltung.

Die letztere von Salzer und Hochenegg eingeführte Operation wird vom Verfasser ausführlich besprochen. Den primären totalen Verschluss des ausgeschalteten kranken Darmtheiles verwirft Verfasser als ein gefährliches Verfahren.

6) Poulsen-Kopenhagen: **Ueber cerebrale Erkrankungen bei der Otitis media.** (Fortsetzung im nächsten Heft.)

Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1896, No. 17.

Brohl-Köln: **Ein Beitrag zur Unterbindung der Vena femoralis und der Vena anonyma.** Mittheilung von 2 Fällen von Unterbindung grosser Venenstämme gelegentlich Geschwulstexstirpationen.

1) Fall einer faustgrossen Leistengeschwulst (Rundzellensarkom) bei 56jähr. Dame, bei deren Exstirpation ein Stück der Vena femoralis mit entfernt werden musste.

2) Exstirpation eines mit der Vena jugul. com. und anonyma verwachsenen Melanosarkoms bei 52jähr. Frau, Unterbindung von V. jugularis com., V. subclavia und Vena anonyma nach Durchsägung der Clavicula. In beiden Fällen keine secundären Störungen.

Brohl: **Eine Nephrectomie bei Hydronephrose mit gleichzeitiger Splenectomie bei Splenolithiasis.**

Mittheilung eines wegen Blutverlust durch die Harnröhre zu operativer Behandlung gekommenen Falles — Thürflügelschnitt — Loslösung der Niere und theilweise der Milz, (die wegen mehrerer Steine für die Niere gehalten wurde) Exstirpation des Nierensackes und der Milz (wegen bedrohlicher Blutung aus deren abgelöster Stelle), ungestörte Heilung.

Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1896, No. 17.

1) J. Hofbauer-Wien: **Zur Verwerthung einer künstlichen Leukocytose bei der Behandlung septischer Puerperalprocesse.**

Ausgehend von der Lehre Brieger's, dass die entzündliche Leukocytose durch Freimachung antitoxischer Stoffe bei der Vernichtung von Bacteriengiften eine Rolle spielt, und im Anschluss an die Versuche v. Jaksch's, der schwere Pneumonien mit «leukotaktischen» Mitteln, insbesondere Pilocarpin, erfolgreich behandelte, versuchte H. in 7 Fällen bei Wöchnerinnen mit schweren Puerperalprocessen dasselbe Princip, sc. eine künstliche Leukocytose zu erzeugen, zur Behandlung. Als Leukotaktikum kam nur das von Horbaczewsky angegebene Nucleïn zur Verwendung, in welchen Dosen, wird leider nicht gesagt. Von den damit behandelten 7 Kranken sind 2 gestorben und 5 genesen. Unter den dabei beobachteten klinischen Erscheinungen seien hervorgehoben: Besserung des Allgemein-

befindens, rasche Reinigung der Puerperalgeschwüre, hohe Temperaturen in den ersten 12–24 Stunden nach der Darreichung, die aber in den nächsten Tagen wieder abfielen, auffallende Empfindlichkeit der grossen Knochen, besonders der Tibien, Oberschenkel und Beckenknochen, endlich vermehrte Ausfuhr von Harnsäure.

2) S. Patellani-Parma: **Noch ein Fall von einer supernumerären Brustwarze beim menschlichen Weibe.**

P. beschreibt einen Fall einer überzähligen Brustwarze unter der rechten normalen Brust bei einer 29jährigen III. Para, die zugleich an Osteomalacie und Nephritis litt. Diese Anomalie ist entwickelungsgeschichtlich interessant; früher glaubte man auch, dass Frauen mit Polymastie leichter Zwillinge gebären. Letztere Hypothese ist längst widerlegt. Die Frage, ob überzählige Brustwarzen eine atavistische Erscheinung seien, wie Darwin und seine Nachfolger meinen, ist noch unerledigt, wenn man annimmt, dass die Brustdrüse einfach und nur die Brustwarzen mehrfach vorhanden sind. In P.'s Fall scheint letztere Eventualität vorgelegen zu haben.

Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1896, No. 17.

1) E. Ponfick-Breslau: **Zur Pathogenese der abdominalen Fettnekrose.**

Unter der so bezeichneten Affection versteht P. nekrotische Veränderungen im Pankreas und dessen Nachbarschaft, wodurch das klinische Bild eines heftigen, manchmal tödtlichen Ileus hervorgerufen werde. Aus dem Pankreas eines früher gesunden, 43jähr. Mannes, der an obiger Krankheit nach kurzem Leiden starb, konnte P. einen in gewisser Weise dem Typhuserreger ähnlichen, mehr aber dem Bact. coli comm. nahestehenden, aber mit ihm nicht identischen Bacillus züchten, dessen biologische und morphologische Eigenschaften der Verfasser an Thieren studirte. Ob dieser Bacillus die Ursache genannter Erkrankung thatsächlich ist, lässt P. noch offen.

2) L. Casper-Berlin: **Die frühe und exacte Diagnostik der Tuberculose des Harntractus.**

An der Hand eines Falles, bei welchem mittelst des Uretercystoskops die r. Niere als die tuberculös erkrankte mit Bestimmtheit nachgewiesen werden konnte (im r. Ureter leicht trüber, eitriger, albumenhaltiger Harn, in welchem auch Tuberkelbacillen nachweisbar waren), während die Palpation für die Diagnose im Stich liess, weist C. auf die Wichtigkeit und Exactheit der cystosk. Methode hin. Der Fall endete nach rechtsseitiger Nierenexstirpation in Heilung.

3) W. Friedrich-Budapest: **Ueber die diuretische Wirkung des Harnstoffs.**

Verfasser hat bereits vor Mering und Riedel Versuche über die diuretische Wirkung des Harnstoffes angestellt und seine Resultate schon vor der Veröffentlichung Klemperer's klinisch verwerthet. Bei Tagesgaben von 12—14 g Ureum hat Verfasser bei 3 an Lebercirrhose Leidenden günstige diuretische Erfolge erzielt.

4) A. Gottstein-Berlin: **Ueber gesetzmässige Erscheinungen bei der Ausbreitung einiger endemischer Krankheiten.**

G. führt in Kurzem aus: Für die Ausbreitung einer Seuche ist nicht in erster Linie die Eigenschaft des Contagiums, sondern die hiefür bestehende Empfänglichkeit des Organismus massgebend. Die Grösse der letzteren, welche mit der Natur des Contagiums an sich nichts zu thun hat, lässt sich zahlenmässig berechnen (Contagions-Index). Für Masern beträgt er 0,95, für Scharlach 0,40, für Diphtherie 0,10 (d. h. von 100 Menschen erkrankten an Masern 95, an Scharlach 40, an Diphtherie 10, wenn sie der Ansteckung ausgesetzt werden). Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat G. das Ansteigen und Absinken von Epidemien obiger Krankheiten innerhalb längerer Zeiträume (10 resp. 50 Jahre) statistisch berechnet und durch zahlreiche Tabellen illustrirt, wodurch er zu dem Schlusse kommt, dass für Masern in Folge ihres hohen Contagionsindex die Curve einer Epidemie rasch ansteigt und wieder rasch sinkt; weniger steil ist sie für Scharlach, während sich die Curve für Diphtherie erst innerhalb mehrerer (ca. 5) Jahrzehnte erhebt und wieder senkt. Zur Zeit befinden wir uns bei der Diphtheriecurve im katakroten Theil. Dies muss für die Beurtheilung des Behring'schen Serums beachtet werden.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No 18.

1) S. Samuel-Königsberg: **Ueber Gewebssafttherapie und innere Secretion.** (Schluss folgt.)

2) M. Mendelsohn-Berlin: **Ist das Radfahren als eine gesundheitsgemässe Uebung anzusehen und aus ärztlichen Gesichtspunkten zu empfehlen?** (Bereits ref. in d. W. 1895, No. 52 und 1896, No. 3.

3) A. Dräer: **Die bacteriologische und klinische Diagnose «Diphtherie».** (Aus dem hygienischen Institut der Universität Königsberg i. Pr.)

Verfasser untersuchte bacteriologisch Proben von Rachensecret, das 400 Anginakranken durch 35 verschiedene Aerzte Ost- und Westpreussens entnommen war; davon waren klinische Diphtherie: 193 Fälle, welche sich bacteriologisch zu 115 Fällen als Diphtherie, zu 78 als Nichtdiphtherie erwiesen; ferner klinische Nichtdiphtherie: 106 Fälle, davon bacteriologische Diphtherie 16, Nichtdiphtherie 90; endlich klinisch zweifelhafte Fälle 101, davon bacteriologische Diphtherie 31, Nichtdiphtherie 70. Unter 400 Fällen konnten also in 162 Fällen ächte Diphtheriebacillen nachgewiesen werden. Nach Ausscheidung der zweifelhaften Fälle ergibt sich, dass der klinische Begriff Diphtherie durch die bacteriologische Diagnose um 23,1 Proc. eingeengt wird.

4) H. Kionka: **Ueber angeblich „ungiftiges" Bleiweiss.** (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Breslau.)

Thierexperimente mit der von «The white lead company» in Glasgow als «new English nonpoisonous white lead» in den Handel gebrachten Bleifarbe, welche aus Bleisulfat zum grössten Theil besteht, haben ergeben, dass dieselbe vom Magen und Darm resorbirt wird und sowohl local ätzend als auch allgemein intensiv giftig wirkt.

5) W. Becher-Berlin: **Ueber Herzempfindungen.**

Verfassers 3jährige Beobachtungen an der Poliklinik von Professor Litten lehren, dass von den einfachen Herzempfindungen zwei deutlich subjectiv wahrnehmbar sind: a) das Aussetzen des Herzschlages, b) die Verstärkung des Herzschlages bei Hypertrophie des linken Ventrikels in Folge von Aorteninsufficienz.

6) S. Gottschalk-Berlin: **Die Retroflexio uteri, ein Folgezustand der Amputation der Vaginalportion.**

Ein Rückblick auf die Literatur der letzten Jahre zeigt, dass die Amputatio portion. vaginal. von operationslustigen Frauenärzten noch viel zu oft bei Endometritis, Metritis, Anteversionen, Anteflexionen gemacht wird, um den Uterus «umzustimmen». Hier können andere Mittel auch helfen.

Selbst nach der Kolporraphie beobachtete Verfasser, dass eine früher stark elongirte und hypertrophirte Vaginalportion lediglich in Folge der nach der Kolporrhaphie erforderlichen mehrwöchentlichen Bettruhe sich von selbst zurückbildete.

Verfasser theilt ferner 5 Fälle mit, in denen sich nach Amputat. port. vaginal. Retroflexionen entwickelten, gegen die keine Pessarbehandlung mehr angewendet worden konnte, weil eben die Portio fehlte. Verfasser räth daher zur partiellen Amputation nur so weit, als es nöthig ist, der Portio normale Form und Länge zu geben.

F.

Otiatrie.

1) Boris Werhovsky-Petersburg: **Prüfungen der Hördauer im Verlaufe der Tonscala bei Erkrankungen des mittleren und inneren Ohres.** (Aus dem otiatr. Ambul. des med.-klin. Inst. München). Zeitschr. f. Ohrenh. 28. Bd., 1. Heft.

Die treffliche, klare Arbeit ist eine Erweiterung der Untersuchungen Hartmann's und Gradenigo's, deren Methoden etwas verbessert wurden. Der Verfasser stellte die Perceptionsdauer verschiedener Töne sowohl in Luftleitung als auch in Knochenleitung fest und verwendete für die Luftleitung die Stimmgabeln A_2, A_1, A, a, a', a'', f''' und fis''', für die Knochenleitung A, a und a'. Die erhaltenen Zahlen wurden in Procenten der normalen Hördauer umgerechnet und in Tabellen übersichtlich graphisch dargestellt. Im Ganzen sind die Resultate dieselben wie die der beiden oben genannten Forscher. Bei Sklerose sind die Diagramme für Luftleitung ausserordentlich gleichmässig. Es findet sich immer ein Ausfall einer grösseren oder geringeren Anzahl der tiefsten Töne und eine entsprechende, nach unten hin zunehmende Herabsetzung der Hörschärfe für den zurückgebliebenen Theil der Tonleiter. In allen, mit Ausnahme von 2 Fällen, wurde jeder höhere Ton besser resp. länger, wie alle übrigen tieferen gehört. Bei diesen beiden Ausnahmen, bei welchen a'' um etwas schlechter als a' gehört wurde, vermuthet W. einen Beobachtungsfehler. Ref. hat in 2 Fällen von Sklerose mittelst der Schnittmethode Veränderungen auch im Nervus acust. in der Schnecke nachweisen können und möchte auf die Möglichkeit hinweisen, dass bei diesen Ausnahmen die nicht selten bei Sklerose eintretende secundäre Atrophie des Schneckennerven zum Ausdruck kommt.

Viel mannigfaltiger in ihrer Gestaltung sind die Diagramme der nervösen Schwerhörigkeit. Die Erklärung ist eine sehr einfache. Bei der Sklerose ist die Schallleitungskette auch dann im ganzen alterirt, wenn nur ein einzelner ihrer Theile afficirt ist, bei den Erkrankungen des percipirenden Gehörapparates dagegen hat nach Helmholtz jeder seiner Theile seine specifische Bestimmung, und die Alteration eines Theiles braucht nicht auf die Function der übrigen Theile einzuwirken.

Die Untersuchung der Knochenleitung ergab folgendes Resultat: In sämmtlichen Fällen von Sklerose wurde ohne Ausnahme eine Verlängerung der Knochenleitung, wenigstens für die tiefe Stimmgabel A, beobachtet; in allen Fällen von Erkrankung des percipirenden Apparates dagegen fand sich für sämmtliche Stimmgabeln eine Verkürzung der Perception durch Knochenleitung. W. hebt mit Recht unter anderem hervor, dass die Methode insbesondere bei beginnender Sklerose einen grossen diagnostischen Werth besitzt. Für die Behauptung, dass mit Hilfe derselben auch die Diagnose auf Erkrankung der Schnecke gestellt und die Erkrankung auf bestimmte Stellen der Schneckenscala localisirt werden könne, vermisst Ref. die genauere Begründung.

2) H. Zwaardemaker: **Acustische Eisenbahnsignale und Gehörschärfe.** (Vortrag auf der internat. Confer. der Eisenbahn- und Schiffsärzte in Amsterdam) Ibidem.

Der Verfasser hat in seiner interessanten Studie die Tonhöhe der verschiedenen in Holland gebräuchlichen Eisenbahnsignale festgestellt. Die Mundpfeife bringt Töne aus der fünf bis sieben gestrichenen Octave hervor. Die im Innern derselben befindliche Kugel hat den Zweck, die Tonhöhe wechseln zu machen und die Erschöpfung des Corti'schen Organs zu verhindern. Diese Pfeife

wird von älteren Lokomotivführern oft nicht gehört. Das Signalhorn ist auf das «a d'orchestre» gestimmt. Bei fahrendem Zug und bei Gegenwind wird dieses Horn wohl nur für ein vollkommen normales Ohr wahrnehmbar sein. Die Dampfpfeife ist auf a'' gestimmt, die Obertöne aber, deren Intensität jene des Grundtones bei starkem Anblasen übertrifft, erreichen nahezu den oberen Grenzton der menschlichen Tonleiter. Das Knallsignal wird durch eine auf die Schienen zu legende Patrone hervorgebracht. Durch dasselbe gerathen wahrscheinlich eine ganze Reihe unmittelbar neben einander gelegene Fasern der Membrana basilaris in Erschütterung. Am besten werden die beiden letzteren Signale gehört, von Normalen sowohl als auch von den hier in Betracht kommenden Schwerhörigen, welche meist an Erkrankung des percipirenden Apparates, nicht selten in geringem Grade auch an Krankheiten des Mittelohres leiden. Um ein Urtheil über die Dienstfähigkeit des Zugpersonals zu gewinnen, schlägt Z. vor, die Flüstersprache zu prüfen, die obere und untere Tongrenze festzustellen, sich dann über etwa vorhandene Tonlücken zu orientiren und endlich an einigen wenigen Punkten mittelst Stimmgabeln die Hörschärfe zu messen. Er erwähnt nicht ausdrücklich die Prüfung der Knochenleitung, wird sie aber wohl ebensowenig wie der Ref vermissen wollen. Z. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. «Beim Indiensttreten soll für Lokomotivführer und Heizer jedenfalls auf einer Seite ein im grossen Ganzen normales Gehör gefordert oder jedenfalls nur eine leichte Herabsetzung zugelassen werden.

2. Jedes 2. bis 5. Jahr sollen die Beamten mit der continuirlichen Tonreihe untersucht und deren Hörfeld bestimmt werden. Die Fähigkeit, die acustischen Signale noch in genügender Entfernung hören zu können, wird dann aus dem Hörfelde beurtheilt.

3. Die Gehörsschärfe für die Sprache soll für im Dienste sich befindende Beamte keinesfalls unter 1 m Flüstersprache (einfach abgewandte) heruntergehen.»

Ref. ist der Ansicht, dass Z. auf dem richtigen Wege ist, doch hält er es für nothwendig, eine Reihe auf diese Weise in der Sprechstunde untersuchter Beamter auch während der Fahrt bei ungünstigem Wind und Wetter mit den in Betracht kommenden Signalen und mit der Sprache zu prüfen. Erst dann wird es vielleicht möglich sein, allein durch die oben besprochene Methode zu sicheren Schlüssen zu kommen. Natürlich bedürfen die Signale in jedem Staate einer genauen Feststellung der Tonhöhe. Auf Tonlücken legt Z. zu grosses Gewicht. Dieselben sind sehr selten und kommen nur neben hochgradiger Schwerhörigkeit für Sprache vor. In Bayern wird als geringste Hörweite für Flüstersprache bei erfahrenem Personal 2 m verlangt. Es dürften noch weitere Untersuchungen nothwendig sein, um zu entscheiden, ob und in welchen Fällen man unter diese Grenze herabgehen darf. Ref. stimmt nach seinen Erfahrungen als Bahnarzt mit Z. darin überein, dass wenigstens für die Signale das Hören auf einem Ohre in der Regel genügt.

Der Verf. berücksichtigt in der besprochenen Arbeit in der Hauptsache nur die Locomotivführer und Heizer. Die Anforderungen an das Gehör des übrigen Zugpersonals und der verschiedenen Kategorien des äusseren Dienstes sind im grossen Ganzen dieselben, bedürfen aber noch einer genaueren Untersuchung. Ueber die zum Telephoniren erforderliche Hörschärfe weiter unten.

3) Walter Hänel-Dresden: **Ein Fall von beginnendem Durchbruch der beiden Labyrinthfenster bei Caries tuberculosa des Mittelohres, mit mikroskopischer Untersuchung.** (Aus dem otiatr. Ambul. des med. klin. Inst. München.) Ibidem.

4) Wilh. Mayer: **Adenoide Vegetationen, ihre Verbreitung und ihr Alter.** (Nach einem Vortrag in der med. Gesellsch. zu Kopenhagen.) Archiv f. Ohrenh. 40. Bd., 1. Heft.

«Schon jetzt ist mit absoluter Sicherheit festgestellt worden, dass die adenoiden Vegetationen in drei Erdtheilen auftreten; ausserdem besitzen wir eine an die Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit dafür, dass sie durch den grössten Theil der historischen Zeit hindurch existirt haben.» Die Kenntniss von den adenoiden Vegetationen «lag durch Jahrtausende verborgen, der Auffindung und Bearbeitung harrend. Die Bearbeitung ist schon angefangen und wird durch die vereinigten Kräfte Vieler fortgesetzt werden in immer grösserem Maasse. Denn die Kenntniss von den adenoiden Vegetationen, ihrer Pathologie und Behandlung gehört nicht nur den Specialisten, sondern ist Gemeinbesitz aller Aerzte geworden.»

Die interessante Studie dürfte die letzte des kürzlich verstorbenen Verfassers sein, der sich durch die Entdeckung der adenoiden Vegetationen ein hervorragendes Verdienst erworben hat. Das Denkmal, welches ihm gegenwärtig von Aerzten und Patienten aller Länder errichtet werden soll, wird dazu beitragen, dass sein Name und sein Verdienst auch von kommenden Geschlechtern nicht vergessen werden wird.

5) A. Politzer-Wien: **Nekrolog. Prof. S. Moos, geboren 1831, gestorben 1895.** Ibidem.

6) Gruber: **Spätnaht nach künstlicher Eröffnung des Warzenfortsatzes.** (Sitzungsber. d. österr. otolog Gesellsch., Monatsschrift f. Ohrenh. 1896 No 1)

Neuerliche Empfehlung der Spätnaht bei acuter Mittelohreiterung zur Abkürzung der Behandlungsdauer, natürlich nur in ganz normal verlaufenden Fällen.

7) Zwaardemaker: **Ueber die zum Telephoniren mit den Reichs-Apparaten erforderliche Hörschärfe.** (Bericht über die Niederl. Gesellsch. f Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.) Ibidem.

Zwaardemaker fand bei der Untersuchung der Post- und Telegraphenbeamten, dass erst bei einer Hörweite für Flüstersprache von 7 m an ohne Schwierigkeit dem Telephondienst genügt werden kann. Referent möchte darauf aufmerksam machen, dass dieser Satz nicht für alle Ohrenkrankheiten zutrifft, dass z. B. bei Sklerose selbst bei hochgradiger Schwerhörigkeit ein telephonisches Gespräch mit Leichtigkeit verstanden wird, wohl in Folge Verbesserung der Knochenleitung. Bei Post- und noch mehr bei Bahnbeamten ist allerdings Sklerose selten die Ursache der Schwerhörigkeit.

8) J. Morf-Winterthur: **Beiträge zur Pathogenese und zur Radicaloperation des Mittelohr-Cholesteatoms.** (Mittheil. aus der Baseler oto-laryngol. Poliklinik.) Mitth. aus den Kliniken und med. Instit. der Schweiz. 3. Reihe 7. Heft.

Die Arbeit orientirt in Kürze vorzüglich über den gegenwärtigen Stand der Cholesteatomfrage. Die Vortheile der Siebenmann'schen Operationsmethode werden in gebührender Weise hervorgehoben. Auch die neuerdings sehr in Aufnahme gekommene Methode Körner's leistet, wie Morf aus theoretischen Gründen vermuthet und Referent aus Erfahrung bestätigen kann, weniger, insbesondere was die Heilungsdauer anbetrifft.

Neu ist der, wie es scheint, gelungene Nachweis, dass in einzelnen Ausnahmefällen das Cholesteatom auch durch Metaplasie des Mittelohrepithels entstehen kann. Bei der Wichtigkeit der Sache dürfte es indess geboten sein, eine Bestätigung von anderer Seite noch abzuwarten. Dr. Scheibe, München.

Vereins- und Congressberichte.

XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden vom 8. bis 11. April 1896.

(Nachtrag.)

Herr **Jacoby** (Germersheim) demonstrirt an einer Versuchsperson einen **thermo-therapeutischen Apparat zur Behandlung der Lungentuberculose** (im Initialstadium) auf Grundlage der bactericiden Wirkung des Blutes (Buchner).

Nach Rokitansky kommt es fast nie zur Entwicklung von Lungentuberculose bei Individuen mit Mitralinsufficienz, indem durch letztere eine Rückstauung des Blutes nach den Lungen und somit eine reichlichere Versorgung derselben mit dem bacterienfeindlichen Blut statthat.

Bei Gelenktuberculose hat Bier mit seiner künstlich erzeugten Stauungshyperämie vortreffliche Erfolge erzielt und bei Bauchfelltuberculose wurde schon oft durch die einfache Probelaparotomie ein vermehrter Blutzufluss zu dem inficirten Bauchfell und damit dessen Desinfection erreicht, so dass es ohne jegliche andere therapeutische Massnahmen zur Heilung des Leidens kam.

Die Lungentuberculose beginnt fast ausnahmslos in den Spitzen, was seinen Grund offenbar darin hat, dass sie von allen Theilen der Lungen mit dem natürlichsten Schutz- und Heilstoff, mit Blut, am wenigsten versorgt sind, indem sich das Blut vermöge seiner eigenen Schwerkraft von der Spitze des Lungenkegels beim aufrecht gehenden Menschen zur Lungenbasis herabsenkt, an welch' letzterer wir denn auch in der That fast niemals Tuberculose finden.

Gelingt es, analog den obigen Beispielen, künstlich eine Hyperämie der oberen Lungenpartheien zu erzeugen, so muss auf diesem Wege die Phthisis in ihren Anfangsstadien heilbar sein, sofern es sich nicht gerade um eine Mischinfection (Metschnikoff) handelt.

Der Apparat soll diese Hyperämie der oberen Lungenpartheien herbeiführen:

1. durch Autotransfusion, indem in einem sogen. Badebett die oberen, die unteren Extremitäten, sowie das Becken des Patienten hochgelagert werden, so dass die Lungenspitzen am tiefsten liegen,
2. durch ein partielles Heisswasserbad der oberen $^2/_3$ des Thorax und
3. durch Massage der Lungenspitzen mittels 8 thermisch regulirbarer Heisswasserstrahlen, welche unter einem entsprechend hohen Druck gegen die Lungenspitzen strömen, so zwar, dass 4 Strahlen vorne und 4 hinten auf die Lungenspitzenregion auftreffen.

Der Apparat wird auf Veranlassung Dettweiler's in der Lungenheilanstalt Ruppertshain (bei Falkenstein im Taunus) an grossem Krankenmaterial in Versuch genommen. (Dirigirender Arzt Dr. Nahm.)

Versuche, die J. selbst an Gesunden und Kranken vornahm, waren insofern sehr zufriedenstellend, als die Procedur ohne jegliche unangenehme Nebenerscheinungen sehr gut vertragen wurde.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 29. April 1896.

Herr **Blaschko: Ueber die Lepra im Kreise Memel.**

Die, wie man jetzt wohl schon sagen darf, bekannte Thatsache, dass im Kreise Memel seit Anfang der 70er Jahre die Lepra endemisch vorkommt, veranlasste Vortr. an Ort und Stelle Erhebungen darüber anzustellen, wie diese Krankheit dorthin gekommen ist.

Die Lepra kommt dort ausschliesslich unter der Litthauischen Bevölkerung vor, welche in den allerdürftigsten Verhältnissen lebt, von Reinlichkeit ebensowenig weiss, wie von der Ansteckungsgefahr mancher Krankheiten und ärztlichen Rath einzuholen nur in den seltensten Fällen sich veranlasst sieht. Die Ernährung ist kümmerlich und nur der Alkohol wird reichlich consumirt, von den Frauen in Form der Hoffmann's Tropfen. Beispiele für die Sorglosigkeit der Leute gegenüber der Ansteckungsgefahr konnte Vortragender mehrfach beobachten; die Leprösen leben nicht bloss mitten unter den Gesunden, sondern schlafen auch mit Gesunden in einem Bette.

Auf die klinische Seite der Frage geht Vortragender nicht näher ein und erwähnt nur, dass er alle Formen der Lepra, auch die Lepra nervosa, zu sehen Gelegenheit hatte. Letztere Beobachtung ist besonders interessant, da bis jetzt die Ansicht herrschte, dass im Kreise Memel nur die tuberöse Form vorkomme.

Es sind nun in jener Gegend in toto 22 Lepröse bekannt, wenn man nur die sicheren Fälle rechnet; zu den sicheren rechnet übrigens Bl. auch den seinerzeit (im vergangenen Herbste) vorgestellten, bei welchem Herr von Bergmann die Diagnose anzweifelte.

Was nun den Weg anlangt, den die Lepra von Russland, woher sie wohl zweifellos kommt, nach Deutschland genommen hat, so ist nach Bl. der Grenzverkehr, der in jener Gegend in erlaubter und unerlaubter Weise sehr rege ist, für die Einschleppung der Krankheit verantwortlich zu machen.

Die Massregeln zur Bekämpfung der Seuche sind nach B.'s Meinung verhältnissmässig einfach. Da die Uebertragungsgefahr verhältnissmässig gering ist, so dürfte es genügen, in der Nähe Memels eine Kolonie anzulegen, wo die noch arbeitsfähigen Leprösen sich mit Landwirthschaft u. dgl. beschäftigen können und die Bettlägerigen die geeignete Pflege finden. Die Behandlung der localen Processe an den Leprösen bestehe in Reinlichkeit und schützenden Verbänden.

Zum Schlusse demonstrirt dann Bl. ein junges Mädchen mit der nervösen Form der Lepra. Man sieht an den Händen Atrophie der kleinen Muskeln, beginnende Klauenhandstellung; ferner besteht Anästhesie und Analgesie an den peripheren Theilen. An den Unterschenkeln findet sich ein knotiges Exanthem.

H. K.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 27. April 1896.

Herr **Hans Kohn** demonstrirt den Ductus thoracicus und die übrigen Organe eines Falles von ausgebreiteter Miliartuberculose und Meningitis tuberculosa, in welchen nur durch die **Lumbalpunction** und den Nachweis von Tuberkelbacillen in der Cerebrospinalflüssigkeit die Diagnose gestellt werden konnte, da alle übrigen für die Krankheit charakteristischen Symptome gefehlt hatten. Insbesondere ist hervorzuheben, dass der Patient bis zum Schlussstadium, wo aber die Diagnose bereits gesichert war, nur an Kopfschmerzen, Uebelkeit, Darmstörungen und leichtem Fieber gelitten hatte. Neben der Verkäsung im Duct. thorac., welche jedenfalls den Ausgang für die Allgemeininfection gebildet hatte, fand sich noch ein älterer Käseherd in einer mesenterialen Lymphdrüse und im untersten Ileum ein vernarbtes, pigmentirtes Geschwür. Möglich, dass letztere Stelle die Eingangspforte für das tuberculöse Virus bildete, ähnlich wie in den beiden Fällen, die vor einiger Zeit aus dem Nürnberger Krankenhaus veröffentlicht worden waren.

Discussion: Herr A. Fraenkel weist auf die Bedeutung der Lumbalpunction in solchen unklaren Fällen hin und erwähnt eines von ihm im Krankenhause am Urban beobachteten Falles, in welchem ein an Meningitis leidender Mann bis einige Stunden vor seinem Tode spazieren ging, ohne dass ein Symptom auf das Bestehen eines solch schweren Hirnleidens hingewiesen hätte.

Herr Stadelmann kann hiezu ebenfalls einen Beitrag liefern. Bei einem Patienten seiner Abtheilung, der eine Pneumonie durchgemacht und bei dem lediglich eine leichte Benommenheit bestanden hatte, wurde durch Vornahme der Lumbalpunction und durch den Nachweis von Fränkel'schen Pneumococcen in der aspirirten Flüssigkeit eine letal verlaufende Meningitis aufgedeckt.

Herr Fürbringer drückt seine Befriedigung über die Ausführungen der Vorredner aus und weist noch auf einen Fall hin, wo bei einer Patientin, welche nur an geringem Fieber, Aufgeregtheit und leichter Verwirrtheit litt, lediglich durch die Lumbalpunction die Diagnose einer Meningitis tuberculosa gestellt werden konnte.

Herr **Benda** demonstrirt einen Fall von **Fettnekrose** des Pankreas und umgebenden Fettgewebes. Im Pankreas finden sich mehrere hämorrhagische und anämische Infarkte.

Herr Stadelmann macht hiezu einige klinische Bemerkungen. Die Präparate stammen von einer Patientin seiner Abtheilung. Eine 23jährige, angeblich völlig gesunde Person, die zwei normale (letzte vor 8 Wochen) Geburten durchgemacht, erkrankte in der Nacht vom 19. auf 20. unter heftigen Leibschmerzen und sucht nach einigen Tagen das Krankenhaus auf. Hier findet sich leichte Benommenheit, tiefe forcirte Athmung, etwas Eiweiss und 3,4—5 Proc. Zucker im Urin bei einer Menge von 3—4 Liter. Die Acetessigsäurereaction ausserordentlich intensiv und deutlicher Acetongeruch. Also das Bild des Koma diabeticum. Nach einigen Tagen erfolgt der Tod. Es handelt sich nach St.'s Auffassung also unzweifelhaft um einen Fall von Diabetes acutissimus und St. stellt sich vor, dass die Fettnekrose das Primäre und der Diabetes das Secundäre gewesen sei. Ueber die wissenschaftlichen Ergebnisse dieses interessanten Falles behielt sich St. weitere Mittheilungen vor und möchte nur andeuten, dass er die Krankheit auf eine Infection zurückführen möchte.

Discussion: Herr Jastrowitz fragt, in wie weit es möglich ist, einen früheren Diabetes bei der Patientin auszuschliessen?

Herr Stadelmann: Die Frau hatte gar keine Angaben über früheres Kranksein gemacht, obwohl sie darauf examinirt worden war.

Herr **Litten: Ueber eine physiologische und pathologische Erscheinung an den grösseren Arterien, zugleich ein Beitrag zur Diagnose der circumscripten Arteriosklerose (mit Demonstrationen).**

Wenn man auf eine grössere Arterie das Stethoskop aufsetzt, so hört man bekanntermassen einen systol. Ton, der bei grösserem Druck in ein Geräusch übergeht. Vortragender legte sich nun die Frage vor, welches das palpatorische Aequivalent dieses auscultatorischen Phänomens ist. Für den Ton ist es natürlich der Puls, und Litten fand nun, dass dem Geräusch ein fühlbares Schwirren oder Spritzen entspricht. Dasselbe lässt sich bei allen Gesunden an den Arterien, welche nicht kleiner als die Radialis sind, auffinden, und es ist um so deutlicher, je geradliniger die Arterie verläuft und je besser sie gegen die Unterlage angedrückt werden kann. Man muss die Arterie mit mässiger Stärke andrücken und zwar am besten so, dass man mit der einen Hand comprimirt, mit der andern fühlt. Am Halse untersucht man doppelseitig. Dieses physiologische Phänomen hat nun aber auch ein pathologisches Interesse, indem es bei gewissen Krankheiten verstärkt und schon bei leichtem Drucke zu fühlen ist und auch schon an ganz kleinen Arterien wahrgenommen werden kann; dies ist der Fall bei Aorteninsufficienz, Pseudoaorteninsufficienz, Morbus Basedowii, Amylnitritvergiftung, Arteriosklerose.

Das praktische Interesse erhellt z. B. aus einem vom Vortragenden beobachteten Falle, wo die Differentialdiagnose zwischen nervösen Palpitationen der Bauchaorta und Sklerose dieses Gefässes zu stellen war, was mit Hilfe der Palpation gelang. Der Einfluss dieser Unterscheidung für das Heilverfahren liegt auf der Hand. Es folgen Demonstrationen dieses Phänomens an mehreren Patienten.

Herr **Goldscheider** und Herr **Flatau: Experimentelles über Haematomyelie.**

So häufig die spontanen Blutungen im Gehirn sind, so selten werden sie im Rückenmark beobachtet; hier sind es meist solche, welche sich an Traumen anschliessen. Es treten plötzlich Lähmungen auf, verbunden mit Parästhesien.

Wegen der Seltenheit dieser Fälle ist das klinische Interesse ein verhältnissmässig geringes, dagegen forderten die pathologisch-anatomischen Verhältnisse zu einer genaueren Untersuchung heraus. Es war längst aufgefallen, dass die Blutung mit Vorliebe die graue Substanz befällt. Die Vortragenden machten es sich zur Aufgabe, die Ursache dieser Erscheinung auf experimentellem Wege aufzuklären. Mittelst Einspritzung von Berliner Blau an verschiedenen Stellen des herausgeschnittenen Markes gelang es in der That, an einer grossen Reihe äusserst instructiver Präparate eine gewisse Gesetzmässigkeit aufzufinden, über deren Details wir auf die Originalmittheilung verweisen. H. K.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 18. März 1896.

Vorsitzender: Herr Unna. Schriftführer: Herr Reiche.

Herr Deycke: Ueber Gonococcenculturen.

D. gibt zunächst eine ausführliche Uebersicht über die seither geübten Culturmethoden zur Reinzüchtung des Gonococcus. Er bespricht dann des Näheren den 1895 von F. Kiefer (Jubiläumsschrift für Martin) veröffentlichten Nährboden, den D. für den besten jetzt existirenden und den relativ am bequemsten zu beschaffenden hält. In der Herstellung hat sich D. durchaus an die Vorschriften Kiefer's gehalten, nur glaubt er, dass man sich die umständliche fractionirte Sterilisirung der Ascitesflüssigkeit ersparen kann, wenn man dieselbe von vornherein steril auffängt, ein Verfahren, das durchaus keine Schwierigkeiten bietet. D. hat den Nährboden auf der Abtheilung für Haut- und Syphilis im Alten allgem. Krankenhaus (Oberarzt Dr. Engel-Reimers) erprobt und bewährt gefunden. Er demonstrirt Platten von Urethral- und Opthalmoblennorrhöen, die das Wachsthum der Gonococcen in verschiedenen Altersstadien zeigen, ferner Reinculturen auf schräg erstarrten Kiefer'schen Nährboden, die sich in Bezug auf die Ueppigkeit des Gedeihens etwa mit Streptococcenculturen auf Glycerinagar vergleichen lassen, und schliesslich mikroskopische Präparate von Reinculturen.

Discussion. Herr Prochownik: Eine rasch anwendbare, praktisch und forensisch zuverlässige Methode des Gonococcennachweises ist noch nicht gefunden. Besonders die Secrete, die wenig Gonococcen enthalten, sind schwer zu untersuchen. Auch der Kiefer'sche Nährboden erreicht noch nicht alle an ihn zu stellenden Anforderungen. So soll man bei dem Mangel geeigneter cultureller Methoden mehr nach positiven Beweisen der Impfung suchen, ein Thier zu finden suchen, das sich nicht refractär verhält; die neuerdings mehr und mehr betonte Empfindlichkeit des Rectums gegen gonorrhoische Infectionen gibt einen Fingerzeig, die verschiedenen Thierspecies noch einmal nach dieser Richtung hin zu untersuchen.

Herr Deycke hat bei vielen Thieren, den Affen eingeschlossen, Impfversuche sowohl in die Urethra, wie auf die Bindehäute und in die Kniegelenke, immer aber mit negativem Erfolg, vorgenommen. — Auch bei älteren Gonorrhoeen züchtete er Gonococcen aus dem Ausfluss neben vielen anderen Keimen. In Pyosalpingitiden constatirte er fast ausschliesslich Gonococcen.

Herr Simmonds bestätigt das letztgenannte Ergebniss; auch er verwandte das von Kiefer angegebene Nährsubstrat.

Herr Werner benützte mit guten Erfolgen eiweissreichen Urin mit Glycerinagar. Er macht auf das antagonistische Verhalten anderer Bacillen zu den Gonococcen aufmerksam.

Herr Neebe vermisste im Vortrag einen Hinweis auf die Kräth'sche Arbeit, in der ein Rinderblutserum, dessen Eiweissgehalt durch Kochen entfernt ist, mit Agar gemischt empfohlen wird.

Herr Deycke hält diese Arbeit der Nachprüfung für noch sehr bedürftig, er sieht gerade in dem Eiweissgehalt und zwar dem nicht durch hohe Temperaturen veränderten Eiweiss das Wesentliche solcher Nährböden.

Herr Prochownick schätzt die Zahl der in seiner Klinik bacteriologisch untersuchten Fälle von Pyosalpinx auf über 100; er fand häufig darin Mikroorganismen; $^2/_3$ ungefähr waren für die üblichen Nährböden keimfrei.

Herr Fraenkel fand meist in den von ihm untersuchten Pyosalpingitiden sog. «sterilen» Eiter, nur sehr vereinzelt Streptococcen. Bei einer Epidemie von Vulvovaginitis auf der Kinderstation des Krankenhauses constatirte er als wahrscheinlicher Erregen einen nach Gram sich entfärbenden Diplococcus.

Herr Unna fragt, ob es für diese Nährböden ein Maximum des Alkalizusatzes gebe und ob der Glycerinzusatz als Nährmittel nothwendig oder nur aus mechanischen Gründen zugefügt sei.

Herr Deycke erwidert, dass die neutrale oder schwach alkalische Reaction am vortheilhaftesten sei, und dass der Glycerinzusatz das Substrat nur succulent erhalten soll.

Herr Küstermann: Zur Pathologie der Beri-Beri.

Die vorgelegten Präparate über Beri Beri stammen von einem Chinesen, der auf einem nach Hamburg fahrenden Dampfer beschäftigt war. Nach einer Krankheitsdauer von noch nicht drei Wochen erfolgte in Hamburg unter den Erscheinungen der acuten Herzparalyse und einer acut entstehenden Paraplegie der Beine der Exitus. Dar Fall ist somit der cardialen oder acut perniciösen Form nach Scheube's Eintheilung zuzuzählen. Diese Form ist im Ganzen selten; Sectionsbefunde liegen nur sehr wenige vor. Section 4 Stunden nach dem Tode. Härtung aller Organe in Müller'scher Flüssigkeit.

Muskeln und Nerven der Arme ganz normal. An den Beinen ist hauptsächlich der Muse. tibialis anticus entartet. Auf Querschnitten sind in einzelnen Muskelfaserbündeln zahlreiche Fasern gequollen, blasser mit Carmin oder Eosin gefärbt, z. T. mit Vacuolen versehen. Vermehrung der Kerne, häufig centrale Kerne. Andere Faserbündel sind wenig oder gar nicht erkrankt. Auf Längsschnitten ist die Querstreifung der erkrankten Muskelfasern verloren gegangen. Zahlreich findet man aber auch Muskelfasern, die hochgradig degenerirt sind. Die Fasern sind stark gequollen und das Sarkoplasma gitterförmig zerfallen. Die einzelnen Trabekeln dieses Gitters hängen alle unter einander zusammen, ihre Dicke schwankt etwa zwischen $^1/_4$ bis $^1/_3$ einer normalen Muskelfaser. Nur an einzelnen Stellen ist dieses Gitterwerk unterbrochen und bleibt hier nur noch der leere Sarkolemmschlauch zurück. An Zupfpräparaten lässt sich diese Degeneration durch die ganze Länge der Fasern verfolgen. Auch auf dem Längsschnitt mässige Kernvermehrung. Aus dem Gebiet des N. tibialis und am Oberschenkel sind die Muskeln weniger stark erkrankt.

An den peripheren Nerven ist die Degeneration weitaus am stärksten an den kleinen Muskelästen, geringer im Tibialis und Peroneus, sehr gering im Ischiadicus. Im Peroneus fallen grosse hyaline Gebilde auf von concentrischer Anordnung; diese haben die Nervenfasern in einzelnen Bündeln zum grössten Theile verdrängt. Beim Beri-Beri ist dieser Befund schon von Pekelharing und Winkler gemacht, aber auch Oppenheim und Siemerling beschreiben ihn bei Tabes dorsalis in peripheren Nerven, und Rosenheim bei einem Fall von acuter Neuritis.

Alle halten diese Gebilde für pathologisch veränderte Gefässe. Auch im vorliegenden Falle muss man sich nach Färbungen nach v. Gieson für diese Ansicht entscheiden.

In den Intervertebralganglien besteht eine Vermehrung der Neurilemmkerne.

Das ganze Rückenmark erweist sich normal mit Ausnahme von einzelnen vacuolisirten Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Lendenmarks.

Der Herzmuskel zeigt nur eine ganz geringe herdweise angeordnete Verfettung. Sehr hochgradig ist dagegen der Vagus in seinem ganzen Verlauf bis zu seinem Eintritt in das verlängerte Mark degenerirt. Hier ist es in seinem Kern am Boden des 4. Ventrikels zu einer starken, acuten Entzündung gekommen. Das Gewebe um die strotzend gefüllten Gefässe ist oedematös und von zahlreichen capillären Blutungen durchsetzt, die Ganglienzellen sind geschrumpft, an Zahl vermindert. Die übrigen Nervenkerne des verlängerten Markes, insbesondere die des Vagus, verhalten sich normal.

Discussion: Herr Simmonds hat in den letzten Jahren 6 Fälle von Beri-Beri secirt: ihm fielen neben den Veränderungen an den peripheren Nerven vor Allem die schweren parenchymatösen Degenerationen an den Nieren auf, das Herz war mikroskopisch nur wenig alterirt. Die Analogie der Nierenläsionen mit den gleichen Befunden bei Infectionskrankheiten weisen auf die infectiöse Natur der Beri-Beri hin.

Herr Goldzieher, der in Hinterindien und Japan viele Kranke mit Beri-Beri gesehen, macht auf die Häufigkeit des Herztodes bei dieser Affection aufmerksam. Es zeigt sich die Krankheit in 2 Haupttypen, als hydropische Form und als ohne Oedeme ein-

hergehende. Die Oedeme liegen zumeist an den Unterschenkeln, über den Tibien.

Herr Goebel bringt die Glogner'sche Behauptung in Erinnerung, dass Malariainfectionen beim Beri-Beri eine Rolle spielen und fragt, ob die Untersuchung in dem vorliegenden Falle darauf gerichtet gewesen ist.

Herr Küstermann: Malaria war in dem vorliegendem Fall auszuschliessen. Die von Herrn Goldzieher erwähnten Unterschiede sind nur klinische, aetiologisch besteht Einheit; bei circumscripten Schiffs- oder Hausepidemien trifft man beide Typen nebeneinander an.

Herr Goldzieher hält die Glogner'sche Ansicht schon desshalb für zu weit gegangen, weil im allgemeinen Malaria und Beri-Beri örtlich getrennt seien.

Herr Fraenkel: Unter den von Herrn Küstermann demonstrirten Präparaten fallen besonders zweierlei Veränderungen auf, die ganz aussergewöhnliche Form der Muskeldegeneration und jene eigenthümlichen concentrischen Gebilde in peripheren Nervenstämmen, deren Deutung als obliterirte Gefässe nicht ohne weiteres einleuchtend sei; der sichere Nachweis einer Elastica mit einer Färbung auf elastische Fasern kann hier nur massgebend sein. Bezüglich der von Herrn Simmonds erwähnten Parenchymveränderungen bemerke er, dass dieselben gleicherweise die Deutung einer rein toxischen Entstehungsweise zulassen; in manchen früheren Arbeiten sei diese Aetiologie für Beri-Beri angegeben, speciell Fischgifte angeschuldigt.

Herr Reiche: Die Veränderungen in den peripheren Nerven weisen darauf hin, dass es sich hier nicht um eine acute Verlaufsart der Beri-Beri, sondern um eine Exacerbation eines alten Leidens gehandelt habe. — Gegen eine toxische Entstehungsweise der Krankheit sprechen die Beobachtungen Hagen's aus Neukaledonien, denen zufolge Beri-Beri 1891 mit Gefangenen in die zuvor davon freie Colonie importirt wurde und nun sich daselbst ausbreitete. Die von Herrn Simmonds beschriebenen Befunde an den Nieren sind auch von Scheube und Nepveu erhoben und in gleichem Maasse an der Leber und im Herzen gesehen.

Herr Küstermann: Gegen die Zurückführung der Beri-Beri auf Fischgifte, die bis vor einigen Jahren eine grosse Rolle spielte, sprechen ebenfalls die Beobachtungen von Beri-Beri in fischarmen Binnenländern. — Auch seiner Ansicht nach handelte es sich bei seinem Patienten um eine vorher latente Form der Krankheit; eine Anamnese war nicht zu erheben.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. Januar 1896.

Herr **von Stubenrauch: Demonstration eines Kranken mit ausgedehnter mykotischer Affection des rechten Oberkiefers.**

Der Kranke, 65 Jahre alt, soll früher nie ernstlich krank gewesen sein. Vor 2 Jahren verspürte derselbe heftige Schmerzen in einem Mahlzahne des rechten Oberkiefers. Ein Arzt auf dem Lande entfernte den betreffenden Zahn und bemerkte in der Umgebung der Zahnlücke einen weisslichen Belag, welcher der Schleimhaut an einer kleinen umschriebenen Stelle aufsass. Der Kranke beachtete diese Affection nicht, da dieselbe ihm keine Beschwerden verursachte, bemerkte aber, dass in den folgenden Monaten der Process sich auf die äussere Seite des Oberkiefers ausbreitete. Im October vorigen Jahres kam er wieder zum Arzte. Die Wucherungen hatten zu starker Lockerung des noch stehenden rechten oberen Eckzahnes und zu periostitischen Schmerzen an demselben geführt. Der Zahn wurde extrahirt und zugleich mit der Scheere Einiges von den Wucherungen abgetragen. Doch heilte die Extractionswunde nicht zu; auch wuchsen die Wucherungen nach, so dass der behandelnde Arzt dem Kranken Rath ertheilte, die Universitäts-Poliklinik aufzusuchen. Der Befund ist folgender:

Die ganze äussere Wand des rechten Oberkiefers ist besetzt mit einer weisslich aussehenden Masse, deren oberste Schichte sich abschaben lässt, deren untere dagegen in Form von langen, pallisadenförmig stehenden Fäden tief in's Gewebe reicht. Im Bereiche der rechten Hälfte des harten Gaumens ist die Schleimhaut stark gelockert, das submucöse Gewebe entschieden infiltrirt. Ziemlich scharf ist der Process am Alveolarrande des zahnlosen Oberkiefers abgesetzt; nur an einer kleinen Stelle sieht man vom Alveolarrande noch eine kleine Strasse pilzförmiger Wucherungen in den Ueberzug des harten Gaumens übergehen. Die Extractionswunde stellt ein für einen Bleistift durchgängiges Loch dar, welches zur stark jauchig eiternden Oberkieferhöhle führt.

Der Vortragende hält die Affection vorläufig für eine mykotische, bemerkt aber, dass erst nach genauer bacteriologischer und histologischer Untersuchung ein bestimmteres Urtheil über die Natur des vorliegenden interessanten Falles zu geben ist.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

Sitzung von 5. März 1896.

Herr **Heinlein** erörtert eingehend die Geschichte, pathologische Anatomie und Symptome der **tuberculösen Wirbelentzündung** im Allgemeinen und der tuberculösen Erkrankung der oberen Halswirbel im besonderen und theilt anschliessend vier Krankheitsgeschichten der letzteren Krankheitsspecies mit.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 19jährigen Pinselmacher. Die charakteristischen Erscheinungen gingen nach Anlegen eines vom Scheitel bis zu den Schultern reichenden Gypsverbandes nach Stellungscorrection völlig zurück und endigten in Genesung, welche nunmehr 4 Jahre besteht.

Bei dem Zweiten handelte es sich um einen 34jährigen Packer. Dort kam es zur Bildung eines grösseren retropharyngealen Abscesses mit starker Athemnoth Derselbe wurde nach Burkhard's Methode von der Aussenseite des Halses vor den grossen Gefässen eröffnet. Nach Anfangs günstigem Verlauf kam es in der 4 Woche nach dem Eingriff unter gleichzeitiger starker Alteration des Allgemeinbefindens zu Granulationszerfall und in der Folge zur Ausbildung eines etwa hirsekorngrossen Aneurysma herniosum der Carotis communis mit drohendem Durchbruch nach Aussen, dem durch doppelte Unterbindung dieses Gefässes und Durchschneidung — auf Wunsch des Patienten ohne Chloroform — vorgebeugt wurde. Am dritten Tag nach der Unterbindung stellten sich diffuse Hirnerscheinungen ein, welche wohl unabhängig von letzterem Eingriff waren und auf die Entwicklung einer Meningealtuberculose bezogen werden mussten. Nach weiteren 8 Tagen trat der Tod ein Die Section musste auf Wunsch der Angehörigen unterbleiben.

Auch im dritten und vierten Fall war es zur Bildung eines Retropharyngealabscesses gekommen und zwar waren, was für die allgemeine Aetiologie vielleicht wichtig ist, beide Patienten zuvor an schwerem Favus der Kopfhaut leidend gewesen, welcher zu völliger Alopecie geführt hatte. Der dritte Fall hatte eine 43jährige Lakirersfrau betroffen. Operation wie in Fall 2, Heilung der Operationswunde in 8 Tagen. Nachdem in der Folge die Schmerzhaftigkeit bei Drehbewegung des Kopfes nicht verschwunden war, entwickelten sich nach etwa 4 Monaten Lungenerscheinungen, denen Patientin nach wenigen Wochen erlag. Leider musste auch hier von der Section Abstand genommen werden.

Im vierten Fall, bei einem 28jährigen Schreiner, entwickelten sich die Erscheinungen sehr acut, dessgleichen der etwa pflaumengrosse Retropharyngealabscess innerhalb 14 Tagen. Derselbe wurde ebenfalls von der seitlichen äusseren Halsgegend aus eröffnet, jedoch wurde hinter den grossen Halsgefässen in die Tiefe gedrungen. Dabei fand sich der erreichbare freiliegende Wirbelsäulenabschnitt intact, sodass möglicherweise der Ausbildung des Abscesses lediglich eine Erkrankung der retrovisceralen Lymphdrüsen zu Grunde lag. Es erfolgte nach 5 Wochen völlige Heilung mit tadelloser Wiederherstellung der Wirbelsäulenfunction.

Herr Barabo stellt einen 12jährigen Knaben vor, welchem durch einen aus der Höhe herabgefallenen eisernen Aufzugshaken der Schädel in einer Länge von 8 cm und einer Breite von 2 cm am Hinterhaupt eingeschlagen worden war, wobei Hirnsubstanz abfloss. Nach Entfernung der eingedrückten und untereinander geschobenen Knochenstücke sowie Glättung der Ränder — die Operation wurde von Herrn Dr. Heinlein vorgenommen — gingen die bestehenden schweren Erscheinungen, u A. mit hühnereigrossem Hirnvorfall complicirt allmählich zurück und ist der Verletzte jetzt völlig geheilt.

Hierauf berichtet Herr **Barabo** über einen seltenen Fall von isolirter **Lähmung des Nerv. musculocutaneus** am linken Arm, welche sich ein 50jähriger Steindrucker durch einen Fall mit der vorgestreckten Hand auf eine steinerne Treppe zugezogen hatte. Heilung wurde nach 8 Wochen unter Anwendung des faradischen Stromes und Massage erzielt.

Sitzung vom 19. März 1896.

Herr **Helbing** stellt 2 Patienten mit **Lues hereditaria tarda** vor.

Bei dem einen, 14 Jahre alt, befinden sich 2 Geschwüre am harten Gaumen. Aus dem einen derselben, das gegen den weichen Gaumen zu liegt, stossen sich kleine Knochenpartikelchen ab.

Der zweite Patient von 19 Jahren weist 3 markstückgrosse Ulcera an der Rachenwand auf. Letzterer P. hatte vor 5 Jahren eine Chorioiditis, die auf Jodkali heilte. Bei letzterem Falle war nachweisbar, dass der Vater an Gehirnlues starb.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 2. Mai 1896.

Neue Serumstatistik. — Der «Fall Langerhans.» — Der Fastenkünstler Succi. — Riesenwachsthum oder Akromegalie. — Mykosis fungoides.

Das Leopoldstädter Kinderspital in Wien versendet eben seinen 23. Jahresbericht. Es hat im Vorjahre mehr als tausend kranke

Kinder verpflegt und über 11 000 Kindern ärztliche Hilfe geboten. Mir ist es heute um die Serumstatistik zu thun und ich entnehme dem Berichte daher bloss die diesbezüglichen Angaben. Die Sterblichkeit nach Diphtheritis fiel auf 19,8 Proc., gegen 34,9 Proc. im Vorjahre (1894) und 44,5 Proc. im Jahre 1893. Von den 217 an primärer Diphtheritis erkrankten Kindern wurden 12 ohne Serum und 205 mit Serum behandelt. Von ersteren genasen 9 (leichtere Fälle) und starben 3 (davon 1 sterbend überbracht und intubirt, 1 tracheotomirt). An secundärer Diphtheritis mit Larynxstenose wurden 12 Kinder durch Intubation behandelt und 2 davon geheilt. Von den 205 mit Heilserum Behandelten starben 40 (worunter 9 sterbend Ueberbrachte) = 19,8 Proc. Wegen Larynxstenose wurden 43 nur intubirt und davon genasen 24 = 55,8 Proc (gegen 36,3 Proc. im Vorjahre und 31,9 Proc. im Jahre 1893) und 7 wurden zuerst intubirt und nachträglich tracheotomirt, wovon 1 genas.

Da von den 43 Gestorbenen 10 sterbend überbracht wurden, schliesst der Berichterstatter, Primarius Dr. Unterholzner, mit folgenden Worten: «Ein Rückblick auf die oben angeführten Behandlungsresultate bei Diphtheritis zeigt die erfreuliche Thatsache, dass die Sterblichkeit nach Diphtheritis sehr herabgesunken ist (um 15,1 Proc. gegen das Vorjahr und um 24,7 Proc. gegen 1893). Sie war in diesem Jahre die weit niedrigste seit dem Bestande des Spitales. Es ist wohl nicht zweifelhaft, dass daran die Serumtherapie eine wesentlichen Antheil hat. Die Sterblichkeit dürfte sich wohl noch vermindern lassen, wenn nicht so viele Kinder erst in sehr vorgeschrittenen Stadien der Krankheit zur Behandlung gebracht würden.»

Der «Fall Langerhans» in Berlin hat, wie ich schon einmal berichtete, auch hier einen tiefen Eindruck gemacht. Hofrath v. Widerhofer sah sich darum ebenfalls veranlasst, bei Wiedereröffnung seiner klinischen Vorlesungen darauf hinzuweisen, dass er zwar über die Todesursache jenes Kindes nichts sagen könne, dass er aber die Thatsache feststellen wolle, dass ihm unter den Hunderten von Schutzimpfungen mit Heilserum bis nun nicht nur kein einziger Todesfall durch Heilserum untergekommen sei, sondern überhaupt keine schädlichen Nebenwirkungen zu verzeichnen waren.

Aus Kalafindesti in der Bukowina schreibt man der «Neuen freien Presse»: . . . Heute, bei Anwendung des Heilserums, kommt diese erschreckend hohe Sterblichkeit nicht mehr vor. Es wurde die Beobachtung gemacht, dass kranke Kinder ganz willig die Injection an sich vornehmen lassen, gesunde aber bei der Schutzimpfung sehr aufgeregt und leichenblass werden. Ein achtjähriger Knabe, welcher sich sehr muthig zeigte, wurde während der Immunisirung vor Schrecken ohnmächtig. Ein anderer sechsjähriger Knabe verfiel, als er die Spritze mit der Nadel erblickte, in einen Weinkrampf und der Arzt unterliess die Injection. Man kann nun vielleicht die Frage aufwerfen, ob es nicht möglich ist, dass das Kind des Professors Langhans vor Schreck gestorben ist. — Ich muss offen gestehen, der Shock als Todesursache in einem solchen Falle gefiele mir besser, als die nebulöse «rhachitisch-lymphatische Constitution», welche jüngst Professor Paltauf als Erklärungsgrund für plötzliche Todesfälle bei Kindern heranzog.

Bei diesem Anlasse möchte ich noch erwähnen, dass Herr Professor Paltauf in einem «Eingesandt» erklärt, dass er betreffs der Urheberschaft jenes Artikels in der «Presse», gegen welchen er in der Vorwoche polemisirte, im Irrthum war, dass er die auf dieselbe hinzielenden Bemerkungen bedaure und voll und ganz zurücknehme. Der Autor jenes Artikels war also nicht Hofrath Drasche, sondern ein anderer «hervorragender medicinischer Fachmann». Warum dieser Fachmann anonym blieb und warum er eine rein medicinische Sache, über welche wohl keinem einzigen Laien ein Urtheil zusteht, in einem politischen Blatte erörterte, das wollen wir nicht weiter untersuchen. Er mochte wohl auch seine Gründe dafür haben.

Der Fastenkünstler Giovanni Succi hat seine 30tägige Fastentour beendet. An Körpergewicht hat er während dieser Hungerperiode 13,9 kg abgenommen und auch an Körperlänge (!) hat er, was ein Arzt durch tägliche Messungen constatirt haben will, 3 cm verloren. Diese Abnahme hat aber seiner sonstigen Grösse nicht Abbruch gethan, denn als er sich sofort nach Einnahme seines ersten Mahles, das aus einer Tasse Bouillon und einem Beefsteak bestand, in einem grossen Etablissement zur Schau stellte, rief die tausendstimmige Menge begeistert: «Evviva Succi!» — Succi nahm sodann (3 Stunden nach dem ersten Beefsteak) mit einem den Umständen angemessenen Appetit sein Diner, bestehend aus zehn Gängen, ein. So berichtet ein ernstes politisches Blatt.

In Uebereinstimmung mit meinen früheren Bemerkungen über dieses Fasten-Experiment sprach sich jüngst Professor Stricker vor seinen Hörern dahin aus, dass die wissenschaftliche Bedeutung desselben nicht hoch anzuschlagen sei. Die Gewichtsabnahme sei ja selbstverständlich und die nicht unwesentliche, von einem Arzte mit dem Sphygmographen gemessene Blutdrucksteigerung weise auf Anämie der Bauchgefässe hin, welche eintreten müsse, wenn die Darmwand keinerlei Nahrungsstoffe resorbire. Im Uebrigen, sagte Professor Stricker, sei diese Art von forcirten Fasten-Experimenten schon alt, denn die indischen Priester hätten schon vor langer Zeit selbst viele Wochen hindurch, in der Erde vergraben und vorher in hypnotischen Schlaf versetzt, gefastet. Was die humanitäre Seite betreffe, so müsse ein derartiges Schauspiel eben nur als Spiel, und zwar als ein grausames bezeichnet werden.

Schliesslich muss ich noch berichten, dass Herr Succi, wie er selbst zugab, nur 25 Tage lang fastete, dass er an diesem Tage schon ein Beefsteak, Eier, Chocolade und Bouillon zu sich nahm, was das sog. «Ueberwachungs-Comité» aber nicht wusste. Ich muss gestehen, dass dieser Umstand, der in politischen Blättern in ellenlangen Artikeln besprochen wurde, auf das besagte Comité selbst ein sonderbares Licht wirft. Die Herren hatten auch allen Grund, hierüber «entrüstet» zu sein. Dann versteht man es auch, dass er 5 Tage später schon «10 Gänge» wacker mitmachen konnte. Der grosse Fastenkünstler hatte sich eben zum Essen trainirt.

Die Mitglieder der Gesellschaft der Aerzte bekamen in ihrer jüngsten Versammlung etwas Grossartiges zu sehen, ein Riese, Mr. Wilkins, ein 22jähriger Mann, 245 cm hoch, wurde ihnen von einem Arzte vorgestellt. Das grösste Riesenskelett im Wiener anatomischen Museum ist um 20 cm niedriger als Mr. Wilkins. Leider ist er nicht gut gewachsen, er besitzt eine Skoliose der Wirbelsäule, ein asymmetrisches Becken, einen knochenharten Tumor des linken Oberkiefers, eine bedeutende Auftreibung der linken Stirnhälfte.

Gegen die Behauptung, dass es sich hier um Akromegalie handle, polemisirten sofort die Docenten Sternberg und Schlesinger, welche diese Diagnose nicht für zulässig erachteten. Man habe es hier mit wirklichem Riesenwachsthum zu thun. In Dublin gäbe es ein Skelett, das 259 cm hoch sei, in Petersburg und London je eines von 254 resp. 249 cm Höhe. Die Akromegalie gehe mit einer ganzen Reihe von Erscheinungen einher (Grössenzunahme der Weichtheile, Vorragen des Unterkiefers, veränderte Zahnstellung, Deformitäten von Mund und Nase etc.), welche sämmtlich im demonstrirten Falle fehlen. Hyperostosen und Exostosen der Gesichts- und Schädelknochen seien übrigens beim Riesenwachsthum nichts Seltenes und derlei Veränderungen können unter Umständen sogar das frühzeitige Ende solcher Riesen herbeiführen.

In derselben Sitzung stellte Assistent Dr. Spiegler einen seltenen Fall von Mycosis fungoides aus der Klinik Professor Kaposi's vor. Auf Grundlage eines seit Jahren bestandenen Ekzema squamosum hatten sich bei dem 77jährigen Mann innerhalb einiger Wochen am Körper zahlreiche, bis flachhandgrosse, erhabene Infiltrate von blasslivider Farbe und teigigem Anfühlen gebildet. Am rechten Oberarm sitzt eine taubeneigrosse Geschwulst, einem Paradiesapfel ähnlich, die sich derb-elastisch anfühlt, stellenweise exulcerirt ist. Sonst zahlreiche Kratzeffecte und Ekzem. Das ist nach Spiegler ein typischer Fall von Mycosis fungoides, welche Affection von der ihr so ähnlichen Sarkomatosis cutis schwer zu unterscheiden ist. Es gibt auch zahlreiche Uebergänge der einen Form in die andere. Die Tumoren und Infiltrate dieser Mycosis fungoides können wieder innerhalb weniger Tage spontan oder während eines Fieberanfalls schwinden, wesshalb jeder Eingriff unterlassen wird.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Chirurgie.

Sitzung vom 15. April 1896.

Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation.

Kirmisson beschreibt die beiden, bekanntlich von Hoffa und Lorenz eingeführten, blutigen Operationsverfahren und andererseits die orthopädischen Behandlungsmethoden und kommt bei dem Vergleiche der Resultate, wobei er die Statistik sowohl der deutschen wie amerikanischen Chirurgen heranzieht, zu dem Schlusse, dass bei sorgsamer Behandlung das orthopädische dem blutigen Verfahren in den meisten Fällen vorzuziehen sei. Alle Operateure ohne Ausnahme erlebten bei letzterem Todesfälle, welche direct dem chirurgischen Eingriffe zuzuschreiben waren, ferner sehr viele Recidive und wirklich zufriedenstellende Resultate (Herabsetzung der Verkürzung auf 1—2 cm, völlige Reduction und Beweglichkeit) nur bei ca. 20—30 Proc. der Fälle; K. erlebte bei seinen 8 bis 1894 Operirten 2 Todesfälle, 1 Ankylose, 2 Recidive und nur 3 zufriedenstellende Resultate, seit 1894 operirte er 9 weitere Hüftgelenksluxationen, will aber wegen der Kürze der Beobachtung bezüglich dieser noch kein definitives Resultat angeben. Wenn auch in zwei derselben der Erfolg schliesslich ein sehr guter war (Verkürzung von 1 cm und völlige Reduction), so sollte immer erst das mechanische Verfahren angewendet werden; dasselbe besteht in Immobilisirung und gleichzeitiger Extension auf die Dauer von 6—8 Monaten, wozu K. eine specielle, federnde Hohlschiene construiren liess. Nach dieser Zeit, wenn eine solide Nearthrose sich gebildet hat, kann der Patient in einem Becken und Schenkel, ähnlich wie bei Coxitis, immobilisirenden Verband, wozu K. die Körpertheile eng umschliessendes Leder verwendet, umhergehen. Hat der Schenkelkopf immer wieder das Bestreben, in die fossa iliaca hinauf zu steigen, so muss die blutige Methode in Anwendung kommen, bleibt jedoch die Verkürzung auf 2 cm und hat sich eine feste Nearthrose gebildet, so kann man mit dem Erfolg zufrieden sein; es besteht also kein Gegensatz zwischen beiden Methoden, sondern sie ergänzen sich gegenseitig Bei Kindern bis zu 2 Jahren ist, wenn überhaupt ein Erfolg möglich, derselbe nur durch das orthopädische Verfahren zu erzielen, wie K. aus der Statistik der gesammelten Fälle und seinen Erfahrungen (über 100 orthopädisch, 16 durch blutige Operationen behandelte Fälle) zu schliessen sich für berechtigt hält; ebenso ist die Reduction durch das Operationsverfahren nach dem 14. Lebensjahre nicht mehr möglich. In diesen Fällen, wo eine so ausgeprägte Flexion und Adduction vorhanden war, dass die Kniee während des Ganges sich kreuzten, wandte Kirmisson die Osteotomia subtrochanterica an und es gelang ihm einmal, die fehlerhafte Stellung mit sehr gutem Erfolg zu corrigiren.

Guinard zeigt einen Fremdkörper (Nadel von 3 mm Länge), welchen er nach Anwendung der Photographie mit Röntgen-Strahlen glücklich aus einem Finger entfernen konnte. St.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Die Lehre vom Spermin erörtert Bubis in einer zusammenfassenden Arbeit (Therapeut. Monatshefte 96, 1 und 2). Dieselbe lässt sich mit kurzen Worten folgendermassen wiedergeben: Das Spermin ist ein im normalen Organismus kreisendes Element, das denselben vor dem Ausbruch der ihn fortwährend bedrohenden Autointoxicationen schützt und mithin einen Theil der vis medicatrix naturae bildet. Zugleich ist das Spermin ein beachtenswerther therapeutischer Factor, der den Organismus in seinem Kampfe gegen die schon bestehenden Autointoxicationen unterstützen kann.

Bei mehr als 250 Fällen von verschiedenen Krankheiten hat es sich fast immer als ein gutes Tonicum bewährt Am auffälligsten ist seine Wirkung bei Nervenkrankheiten, sehr gut auch bei Constitutionskrankheiten, Cachexien und Chloroformintoxicationen. Ueberhaupt wirkt es bei allen Krankheiten, die sich durch herabgesetzte Oxydationsenergie und verminderte Blutalkalescenz auszeichnen. Die letztere muss gleichzeitig künstlich durch Verabreichung alkalischer Mineralwässer gehoben werden.

Man giebt das Spermin entweder per os oder subcutan. Zum innerlichen Gebrauch empfiehlt Poehl die Essentia spermini Poehl (4 proc. alkoholische Lösung von dem Doppelsalz des salzsauren Spermin mit Na Cl.), täglich 2—3 mal 20—30 Tropfen. Für die subcutane Injection ist das Sperminum Poehl in 2 proc. sterilisirter Lösung in Glasampullen eingeschmolzen. Im Anfange wird täglich eine Injection gemacht, später, je nach dem Verlauf, in grösseren oder geringeren Intervallen. Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. Mai. Das b. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten hat bezüglich des Prakticirens von Medicinstudirenden an den Universitäts-Kliniken nachstehende verschärfte Bestimmungen erlassen: 1. das Prakticiren an den Kliniken und Polikliniken ist erst nach vollständiger Absolvirung der ärztlichen Vorprüfung gestattet. Studirende, welche diese Voraussetzung nicht erfüllen, können von dem Klinikvorstand zurückgewiesen werden; auch kann denselben der Prakticantenschein versagt werden. 2. Die Anmeldung zum Prakticiren hat jeder Candidat durch eigenhändige Eintragung seines Namens in die Prakticantenliste, und zwar innerhalb der ersten vier Wochen des Semesters, zu bethätigen. Spätere Anmeldungen können eine Berücksichtigung nur in dringenden Fällen finden. 3. Prakticanten, welche wiederholt beim Aufruf zum Prakticiren in der Klinik, ohne entschuldigt zu sein, fehlen, können auf Ertheilung eines Prakticantenscheins nicht rechnen. 4. Studirende, welche ihre Namen von den Prakticantenlisten der Kliniken, Polikliniken und Cursen wieder zurückzuziehen veranlasst sind, haben um diese Aenderung innerhalb der ersten 4 Wochen des Semesters bei dem betreffenden Lehrer nachzusuchen. Spätere Anträge können nicht berücksichtigt werden. 5. Die Uebernahme der Function eines Coassistenten an den Kliniken und Polikliniken vor dem 7. Semester ist in der Regel nicht zulässig.

— Am 27. und 29 April fand die Berathung der Aerztekammer für Berlin-Brandenburg, über den Gesetzentwurf, betreffend die Einsetzung von staatlichen Ehrengerichten für Aerzte, statt. Das Ergebniss der Berathung war, dass die Kammer mit 32 gegen 12 Stimmen sich für die Einführung staatlicher Ehrengerichte aussprach, mit dem Vorbehalt, dass die von der Kammer vorgeschlagenen Aenderungen des Entwurfs von der Regierung angenommen werden. Auf Antrag von Dr. Mugdan wurde ferner die Einsetzung einer Commission zur Bearbeitung einer Denkschrift über die zeitige Lage des ärztlichen Standes in Preussen beschlossen. Von sonstigen preussischen Aerztekammern haben ausser den schon in voriger Nummer genannten dem Entwurf im Princip zugestimmt die Kammern von Pommern Hessen-Nassau, Provinz Sachsen. Ein principiell ablehnendes Votum ist bisher von keiner Kammer bekannt geworden. Die von allen Kammern in grosser Zahl gestellten Abänderungsvorschläge bieten ein buntes Bild und beweisen de.. Mangel einer vorherigen Verständigung, welche z. B. den bayerischen Aerztekammern die wirkungsvolle Geschlossenheit ihres Auftretens verleiht. Häufiger wiederkehrende Wünsche betreffen: Einbeziehung der beamteten Aerzte und Sanitätsoffiziere in die Zuständigkeit der Ehrengerichte; Streichung der Worte «und ausserhalb desselben» im § 14; Ertheilung einer lediglich berathenden Stimme an das richterliche Mitglied des Ehrengerichts.

— Auf die Tagesordnung der gegenwärtigen Kammersession hat die italienische Regierung einen Gesetzvorschlag zur Berathung gestellt, demzufolge der Handverkauf der Chininsalze von der kgl. Regie übernommen und dadurch der Preis des Chinins, welcher jetzt in den Apotheken 60—100 cts. beträgt, auf etwa 1/10 ermässigt werden soll. Von welcher sanitären Bedeutung dies Gesetz sein würde, zeigt ein Hinweis auf die Statistik, laut welcher Malaria in 63 Provinzen Italiens vorkommt, 16 000 Menschen alljährlich an der Krankheit zu Grunde gehen und über eine Million daran leiden. Dabei sind über 3000 Gemeinden ohne Apotheke. Alle von ärztlicher und privater Seite gemachten Versuche Chinin durch Masseneinkäufe aus den Fabriken der armen Bevölkerung durch billigere Abgabe oder geschenkweise zugänglich zu machen, wurden bisher jedesmal von den Apotheker-Vereinen mit allen möglichen gesetzlichen und agitatorischen Repressalien bekämpft. Kommt das neue Gesetz zur Annahme, wie es wohl zweifellos und in humanitärer wie sanitärer Hinsicht im höchsten Grade wünschenswerth ist, so wird man künftig in jeder kgl. Regie-Niederlage, wie sie zum Zwecke des Verkaufs von Tabak, Salz, Postmarken u. s. w. auch in den kleinsten und abgelegensten Orten sich finden, Chinin in genau dosirter Tabletten- oder Pastillenform jederzeit ohne weiteres billig erhalten können.

— Von deutschen Städten über 40 000 Einwohner hatten in der 16. Jahreswoche, vom 12. bis 18. April 1896, die grösste Sterblichkeit Bonn mit 32,3, die geringste Sterblichkeit Offenbach mit 5.1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Darmstadt und Königsberg; an Diphtherie und Croup in Bromberg, Dessau, Gera, Harburg, Spandau.

— Das Organisationscomité des XII. internationalen medicin. Congresses in Moskau hat, einem mehrfach geäusserten Wunsche der medicinischen Fachpresse entsprechend, beschlossen, die englische Sprache unter die officiellen Congresssprachen aufzunehmen. Ebenso wurden für eine, glücklicherweise beschränkte, Zahl von Specialfächern besondere Sectionen errichtet.

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Professor Aug Lucae feierte am 4. ds. sein 25jähriges Professoren-Jubiläum. — **Freiburg.** An Stelle von Professor Wiedersheim, dessen Gesundheit der Schonung bedarf, wird im laufenden Semester der ausserord. Professor Keibel die Vorlesungen über Anatomie abhalten. — **Halle a. S.** Der bisherige ausserordentliche Professor in der medicinischen Facultät der Universität Halle a. S. und Director der Ohrenklinik und Poliklinik dort, Geheime Medicinalrath Dr. Schwartze, ist zum ordentlichen Honorarprofessor in derselben Facultät ernannt worden; zum Rector der Universität für das Studienjahr 1896/97 ist Professor der Histologie und pathologischen Anatomie Dr. Eberth gewählt. — **Marburg.** Zur Vertretung des beurlaubten Professors Behring wurde für das Sommersemester Stabsarzt Dr. Wernicke, Lehrer an der Kaiser-Wilhelm-Academie in Berlin, berufen.

Budapest. Den Professoren Arpád und Johann Bókay wurde der ungarische Adel verliehen. — **Toulouse.** Zu Professoren wurden ernannt: Dr. Pénières für Allgemeine Chirurgie, Dr. Rémond für Psychiatrie, Dr. Saint Ange für Therapie, Dr. Broemer für Arzneimittellehre.

Amtlicher Erlass.

Bekanntmachung: Jahresberichte der öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Wie in den früheren Jahren, folgen auch für das Jahr 1895 Abdrücke der zwei Uebersichten über die Geschäftsthätigkeit der öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genussmittel.

Es ist daraus zu entnehmen, dass die Untersuchungsanstalten auch im vergangenen Jahre wieder in gesteigertem Maasse in Anspruch genommen waren; insbesondere ist zu begrüssen, dass die Districts- und Gemeindevertretungen mehr und mehr zur Einsicht über das Bedürfniss einer technischen Beihilfe in der polizeilichen Lebensmittelcontrole gelangen und wieder in vermehrter Zahl vertragsmässig die Mitwirkung der Untersuchungsanstalten sich gesichert haben.

Es bleibt aber immerhin zu wünschen, dass dieser Anschluss thunlichst allgemein zur Durchführung komme, da eine Veranlassung dazu wohl überall gegeben ist.

Im Einzelnen wird bemerkt:

1) Den Flaschenbiergeschäften ist vom gesundheits-, reinlichkeits- und gewerbepolizeilichen Standpunkte fortgesetzt erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

2) Der Zusatz von Borsäure als Conservirungsmittel für Fleischwaaren wie auch das Färben von Würsten ist als ein Missbrauch zu erachten, welcher sich aus der gewerblichen Concurrenz entwickelt und vielenorts Dimensionen angenommen hat, die ein sachgemässes Vorgehen dagegen angezeigt erscheinen lassen.

3) Giftige Farbenanstriche, namentlich mit Schweinfurter Grün, wurden wieder mehrmals, auch in Backstuben, getroffen; es wird hiewegen auf die Ministerial-Entschliessung vom 14. April 1894 No. 6 96 Ziff. 4 hingewiesen.

4) Zum Aufbewahren stark saurer Gegenstände werden in den Spezereien vielfach Töpfe und Tiegel mit Bleiglasuren verwendet; da solch' fortgesetzter Einwirkung von Säuren selbst bessere Bleiglasuren nicht widerstehen und Bleivergiftungen in Folge hievon schon vorgekommen sind, ist eine entsprechende Verwarnung in Bedacht zu nehmen.

5) Insoweit die Ergebnisse der commissionellen Lebensmittelcontrole und namentlich Beanstandungen Seitens der Untersuchungsanstalten an die einschlägigen Districtspolizeibehörden zur Kenntniss gebracht werden, ist solchen Mittheilungen geeignete Beachtung zuzusichern.

Etwaigen ungünstigen Einflüssen, die nach gemachter Erfahrung da und dort aus Anlass von Beanstandungen gegen die Untersuchungsanstalten zu Tage treten sollten, ist in gemessener Weise entgegenzuwirken.

Hienach ist das Weitere zu verfügen.

München, den 25. April 1896.

(gez.) Frhr. v. Feilitzsch

Der Generalsecretär:
von Kopplstätter, Ministerialrath.

Die Geschäfte der öffentlichen Untersuchungs-Anstalten für Nahrungs- und Genussmittel für das Jahr 1895.

Uebersicht I.

Untersuchungsgegenstände (Proben). Zahl: im Jahre 1895	Untersuchungsgegenstände (Proben). Zahl: im Vorjahre	Zahl der Beanstandungen	Bezeichnung des Auftraggebers: Gerichte und Staatsanwaltschaften	Bezeichnung des Auftraggebers: sonstige Behörden einschl. der Gemeindebehörden	Bezeichnung des Auftraggebers: Private	Zahl der Gutachten ohne Untersuchung	Zahl der Rückstände	Zahl d. persönlichen Vertretungen bei Gerichtsverhandlg.	Zahl der commissionellen Besuche bei auswärtigen Gemeinden
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. Königliche Untersuchungsanstalten.									
a) Erlangen.									
10869	9815	2070 = 19,0%	30	10622	217	77	—	20	622
b) München.									
14663	14538	2336 = 15,9%	29	14132	502	112	16	7	503
c) Würzburg.									
2957	1632	483 = 16,3%	6	2744	207	21	—	15	268
II. Gemeindliche Untersuchungsanstalten.									
d) Nürnberg.									
1608	1329	150 = 9,3%	27	1412	169	57	—	28	—
e) Fürth.									
734	703	69 = 9,4%	14	675	45	6	—	5	—
III. Kreis-Untersuchungsanstalt									
f) Speyer.									
1267	1129	159 = 12,5%	39	315	713	26	1	11	81
32098	29146	5267 = 16,4%	145	30100	1853	299	17	86	1474
Im Vorjahre:		(19,7%)				(193)		(69)	(1389)

Uebersicht II.

Untersuchungsgegenstände (Proben) Zahl	Bezeichnung	Zahl der Beanstandungen	Untersuchungsgegenstände (Proben) Zahl	Bezeichnung	Zahl der Beanstandungen
	A. Nahrungs- und Genussmittel und Gebrauchsgegenstände.		21	Obstwein	4
			64	Petroleum	19
			34	Speiseöl	6
			92	Thee	4
1297	Bier	298	1394	Wasser	625
186	Branntwein und Likör	40	971	Wein, Most	166
812	Brod	140	3324	Wurst- und Fleischwaaren	492
340	Cacao, Chocolade	42	205	Zucker und Syrup	13
325	Conserven	101	1008	Sonstige Gegenstände	127
1248	Essig	204	31431	Summa A	5213
625	Fabrikate aus Mehl und Zucker	27		B. Technische Analysen.	
1095	Farben	93			
1901	Fette (Butt., Schmalz etc.)	309			
100	Fruchtsäfte u Limon.	38			
1087	Gebrauchsgegenstände	210	30	Laktodensimeter	—
6931	Gewürze	408	361	Leuchtgas	—
8	Hefe	—	273	Sonstige Gegenstände	54
104	Honig	6	664	Summe B	54
163	Käse	26			
2188	Kaffee, Kaffeesurrogate	679			
1622	Kochgeschirre	608		Zusammenstellung.	
1083	Mehl	10			
1071	Metallgeräthe	285	31431	Summe A	5213
2106	Milch und Rahm	173	664	Summe B	54
26	Mineralwasser	—	32098	Gesammtsumme	5267

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. W. Sebastian zu Altenglan und Dr. König zu Mutterstadt; Dr. Ferdinand Klein, appr. 1893, in München.

Verzogen: Dr. Ludwig Rinck von Mutterstadt nach Kaiserslautern; Dr. Alfons Krempl, pr. Arzt in Alfeld, wohin unbekannt.

Abschied bewilligt: im activen Heere: am 25. dem Oberstabsarzt I. Classe Dr. Keyl, Regimentsarzt im 16. Inf.-Reg. mit der gesetzlichen Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen; im Beurlaubtenstande: von der Landwehr I. Aufgebots dem Stabsarzt Dr. Joseph Mulzer (Regensburg); — von der Landwehr II. Aufgebots dem Stabsarzt Dr. Joseph Schlissleder (Wasserburg) und dem Assistenzarzt I. Classe Dr. Ferdinand Giulini (Nürnberg).

Gestorben: Dr. Franz Anné, 83 Jahre alt, prakt. Arzt zu Kleinrinderfeld; Assistenzarzt II. Classe der Reserve Felix Dauss (Hof) am 21. Dezember zu Danzig; Dr. Christian Bergmüller, k. Oberstabs- und Regimentsarzt im k. 2. Chev.-Reg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 17. **Jahreswoche** vom 19. bis 25. April 1896.

Betheil. Aerzte 400 — Brechdurchfall 11 (14*), Diphtherie, Croup 43 (48), Erysipelas 31 (28), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (2), Kindbettfieber 3 (4), Meningitis cerebrospin. — (3), Morbilli 11 (26), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 3 (3), Parotitis epidemica 10 (9), Pneumonia crouposa 21 (22), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 50 (39), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 33 (33), Tussis convulsiva 25 (24), Typhus abdominalis — (5), Varicellen 6 (16), Variola, Variolois — (—). Summa 250 (277). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 17. Jahreswoche vom 19. bis 25. April 1896.

Bevölkerungszahl: 406 000.

Todesursachen: Masern 3 (1*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 7 (8), Rothlauf 2 (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie) 1 (—), Brechdurchfall 3 (1), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 1 (5), Croupöse Lungenentzündung 3 (—), Tuberculose a) der Lungen 31 (33), b) der übrigen Organe 7 (2), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (1), andere übertragbare Krankheiten 2 (5). Unglücksfälle — (—), Selbstmord 3 (—), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 190 (192), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 24,3 (24,6), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 16,1 (16,6), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,5 (15,3).

*) U.-V. = Abkürzung für Unteroffiziers-Vorschüler.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der E. Mühlthaler'schen k. Hof-Buchdruckerei in München.

58

GALERIE HERVORRAGENDER ÄRZTE UND NATURFORSCHER.

EDWARD JENNER.

Edw. Jenner

Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift.
Verlag von J. F. LEHMANN in München.